

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO
DE LICENCIADA EN NUTRICIÓN HUMANA**

**RELACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS
NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE
PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL DEL IESS DE LATACUNGA EN EL
PERÍODO JUNIO– SEPTIEMBRE DEL 2013**

ELABORADO POR:

María Belén Escobar Álvarez

Quito, Enero 2014

ASPECTOS PRELIMINARES

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños y niñas de 1 a 2 años, con la finalidad de proporcionar una información actualizada a las autoridades de la institución de salud donde se desarrollo la investigación, a fin de ampliar conocimientos sobre el tema y promover la adopción de conductas alimentarias saludables. El enfoque de la investigación fue de tipo cuali-cuantitativo- observacional, analítico y transversal. El universo y muestra que sirvió como objeto de la investigación fueron 196 madres, niños y niñas que acudieron a Consulta externa de Pediatría del Hospital del IESS de Latacunga en el período Junio-Septiembre del 2013. Las fuentes de información fueron primarias y secundarias. Para la recolección de datos se aplicó dos instrumentos, un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas y las tablas de valoración nutricional antropométrica. Como principales resultados se obtuvo una asociación entre el nivel de prácticas de las madres con el nivel de conocimientos que poseen sobre este tema, sin ser este el único determinante, ya que las creencias ancestrales y culturales que existen al respecto juegan un papel importante. La repercusión en el estado nutricional es evidente, siendo el estado nutricional normal y de desnutrición evidenciados en niños y niñas de madres con nivel de conocimientos medio y bajo; y niños con sobrepeso en madres con conocimiento alto. Las prácticas poco favorables se evidencian en todos los estados nutricionales.

ABSTRACT

This study aimed to determine the relationship between knowledge, attitudes and practices of mothers on complementary feeding and nutritional status of children aged 1-2 years, with the aim of providing a current information to the authorities of the health institution which was the research place, in order to expand knowledge on the subject and promote the adoption of healthy eating behaviors. The research approach was qualitative and quantitative, observational, analytical and cross-sectional. The universe and sample served as the subject of the investigation were 196 mothers and children attending the Pediatric Outpatient Hospital IESS Latacunga from June to September 2013. The sources of information were primary and secondary. For data collection was applied two instruments, questionnaire on knowledge, attitudes and practices and anthropometric nutritional assessment tables. The main results were an association between the level of practices of mothers with the level of knowledge they have on this topic without being the sole determinant due to the important role that ancestral and cultural beliefs play on this situation. The impact on the nutritional status is evident, being normal and malnutrition evident in children of mothers with medium level of knowledge and low nutritional status, and overweight children in mothers with high knowledge. The unfavorable practices are evident in all nutritional states.

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mi familia, en especial a mi madre, por ser mi ejemplo de constancia y por haberme apoyado incondicionalmente a ampliar mis conocimientos y estar más cerca de mis metas.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos mis profesores cuyo aporte y apoyo brindado han sido fundamentales para culminar con éxito el presente trabajo.

INDICE DE CONTENIDO

| | |
|---|------|
| ASPECTOS PRELIMINARES..... | i |
| RESUMEN..... | i |
| ABSTRACT | ii |
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTOS..... | iv |
| INDICE DE CONTENIDO | v |
| LISTA DE TABLAS | vii |
| LISTA DE GRÁFICOS | viii |
| LISTA DE ANEXOS..... | xi |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 2 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 2 |
| 1.2. JUSTIFICACIÓN | 4 |
| 1.3. OBJETIVOS..... | 5 |
| 1.3.1. Objetivo general:..... | 5 |
| 1.3.2. Objetivos específicos: | 5 |
| 1.4. METODOLOGÍA | 6 |
| 1.4.1. Tipo de estudio: | 6 |
| 1.4.2. Universo y muestra: | 6 |
| 1.4.3. Fuentes, Técnicas e Instrumentos:..... | 6 |
| 1.4.4. Plan de procesamiento, presentación y análisis de información: | 7 |
| Capítulo II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS..... | 9 |
| 2.1. Alimentación complementaria. | 9 |
| 2.1.1. Fundamentos para la incorporación de la alimentación complementaria..... | 11 |
| 2.1.2. Edad de introducción de Alimentos en el niño..... | 11 |
| 2.1.3. Alimentos, consistencia, frecuencia. | 13 |

| | |
|---|----|
| 2.1.4. Alimentación Complementaria Oportuna..... | 14 |
| 2.1.5. Implementación precoz y consecuencias. | 16 |
| 2.1.6. Alimentación Complementaria Tardía y consecuencias. | 19 |
| 2.1.7. Prácticas de Alimentación Complementaria en las regiones del Ecuador. | 20 |
| 2.2. Lactancia Continua y su relación con la Alimentación Complementaria. | 24 |
| 2.2.1. Alimentación Complementaria y alimentos alergénicos..... | 25 |
| 2.2.2. Problemas de Salud ocasionados por incorrecta Implementación de la Alimentación Complementaria. | 26 |
| 2.3. Evaluación nutricional en niños/as | 27 |
| 2.3.1. Evaluación Antropométrica | 28 |
| 2.3.2. Estadísticas del país | 29 |
| 2.4. Hipótesis..... | 29 |
| Capítulo III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 30 |
| CONCLUSIONES | 58 |
| RECOMENDACIONES..... | 64 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 65 |
| ANEXOS..... | 71 |
| TABLAS..... | 80 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1: RESUMEN ATLAS ALIMENTARIO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRO DESCENDIENTES- REGIÓN COSTA | 20 |
| Tabla 2: RESUMEN ATLAS ALIMENTARIO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRO DESCENDIENTES- REGIÓN SIERRA | 21 |
| Tabla 3: RESUMEN ATLAS ALIMENTARIO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRO DESCENDIENTES- REGIÓN AMAZÓNICA | 23 |
| Tabla 4: RELACIÓN DEL TIPO DE MENÚ DIARIO CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS/AS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013. | 56 |
| Tabla 5: EDAD DE INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS | 80 |
| Tabla 6: CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN LA EDAD. | 81 |
| Tabla 7: PUNTAJE Z PARA EL DIAGNÓSTICO | 82 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1: EDAD DE LAS MADRES ENCUESTADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013..... | 30 |
| Gráfico 2: NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES ENCUESTADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013. | 31 |
| Gráfico 3: ESTADO CIVIL DE LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013..... | 32 |
| Gráfico 4: RELIGIÓN DE LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013..... | 33 |
| Gráfico 5: SEXO DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013..... | 34 |
| Gráfico 6: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013. | 35 |
| Gráfico 7: PORCENTAJE DE ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN SEXO DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013. | 37 |
| Gráfico 8: FUNDAMENTOS EN LOS QUE BASAN SUS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA | |

| | |
|---|----|
| EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013. | 38 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Gráfico 9: CREENCIAS SOBRE ALGUNOS ALIMENTOS QUE CONDICIONAN LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013. | 40 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Gráfico 10: EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA EN EL IESS EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013..... | 42 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Gráfico 11: PRIMER ALIMENTO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013. | 44 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Gráfico 12: CANTIDAD DE INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013. | 46 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Gráfico 13: EDAD DE CONSUMO DE TODOS LOS ALIMENTOS DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013. | 47 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Gráfico 14: FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013. | 49 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Gráfico 15: CONSISTENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013..... | 50 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Gráfico 16: NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013..... | 51 |
|---|----|

Gráfico 17: NIVEL DE PRÁCTICAS DE LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013. 52

Gráfico 18: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EL NIVEL DE PRÁCTICAS DE LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013..... 53

Gráfico 19: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013. 54

Gráfico 20: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE PRÁCTICAS DE LAS MADRES Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013..... 55

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|----|
| Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO | 71 |
| Anexo 2: CUESTIONARIO..... | 72 |
| Anexo 3: FICHA DE REGISTRO DE EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA EN NIÑOS/AS DE 1 A 2 AÑOS DE EDAD..... | 74 |
| Anexo 4: IMC PARA LA EDAD (NIÑOS)..... | 75 |
| Anexo 5: PESO Y LONGITUD PARA EDAD (NIÑOS) | 76 |
| Anexo 6: IMC PARA EDAD (NIÑAS) | 77 |
| Anexo 7: PESO Y LONGITUD PARA EDAD (NIÑAS)..... | 78 |
| Anexo 8: CODIFICACIÓN DE LAS PREGUNTAS | 72 |
| Anexo 9: MEDICIÓN DE LAS VARIABLES CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS | 76 |
| ANEXO 10: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 78 |

INTRODUCCIÓN

La alimentación complementaria hace referencia a la transición alimentaria de la lactancia materna exclusiva a la introducción de nuevos alimentos en la dieta del niño, proceso que se fundamenta en sus requerimientos nutricionales y el desarrollo. En dicho proceso, la edad de inicio, así como el resto de características de la alimentación, pueden ser un factor de protección para el niño frente a riesgos de enfermedades gastrointestinales y malnutrición, o un factor de riesgo, en cuanto al origen de alergias e intolerancias alimentarias.

Las madres y cuidadoras son las principales actrices en este proceso, ya que durante la alimentación complementaria emplean sus conocimientos para alimentar al niño, siendo parte de ellos influenciados por factores del entorno, lo cual se ve reflejado en las prácticas alimentarias, poniendo de cierta forma en riesgo el estado nutricional y de salud del niño. Las creencias que existen alrededor del tema, ya sea por parte de la madre o de amigos y/o familiares juegan un papel importante.

Ambos aspectos demandan una educación nutricional adecuada y oportuna sobre el tema, ya que actualmente poco o nada se menciona al respecto, por lo que el objetivo de esta investigación es brindar una información actualizada sobre los puntos críticos en cuanto a conocimientos y prácticas de las madres de nuestro país, para que sea el punto de partida en estrategias de promoción y prevención de salud que promuevan la adopción de conductas alimenticias adecuadas y que sean de beneficio para el crecimiento y desarrollo de los niños ecuatorianos.

Capítulo I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día, los expertos coinciden en la importancia de una alimentación complementaria oportuna, nutricionalmente adecuada y segura a partir de los seis meses de edad, ya que dicho evento puede marcar el inicio de un estado nutricional favorable, expresado en un crecimiento normal, o por el contrario, con estados nutricionales poco favorables, como es el retraso en el crecimiento, retardos cognoscitivos, sobrepeso u obesidad, los cuales a su vez pueden ser factores de riesgo de problemas y otras enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, patologías que cada día son más frecuentes a más temprana edad en nuestro medio.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil, ENDEMAIN (2004), en el Ecuador la complementación alimentaria a la lactancia ocurre más temprano que lo recomendado. El 18.4% de los niños menores de seis meses de edad recibe lactancia predominante (consumo de agua u otros líquidos, excluyendo otras leches). Al acumular estos porcentajes con los de la lactancia exclusiva, el 58% de los menores de seis meses de edad reciben lactancia completa, el resto no está siendo lactado o recibe otros alimentos no recomendados para los niños en esas edades. Los suplementos más comunes durante los primeros dos meses de edad son otras leches (26.0%) o agua solamente (16.9%), pero ya en el grupo de 3 a 5 meses se añaden los purés o alimentos sólidos (26.1%) y otras leches (19.0%). La mayoría de los niños(as) sigue recibiendo leche materna hasta los 12 y 14 meses.

El problema nutricional más significativo en Ecuador es la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años, a nivel nacional, 22 de cada 100 niños en estas edades sufren desnutrición crónica. Siendo las provincias de Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi las que presentan tasas de desnutrición crónica más alta (50%). En estas provincias, se concentran además altos índices de pobreza extrema y son las provincias con mayor proporción de población indígena (Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social, 2009)

Sin duda, la alimentación complementaria es una transición que se ve influenciada por los conocimientos, actitudes y prácticas que las madres o personas a cargo de la alimentación de los niños tienen respecto al tema, situación que pone en riesgo de cierta forma el estado nutricional de los menores, ya que la educación nutricional sobre el tema es todavía escasa en el país, siendo éste un determinante a la hora de implementar la alimentación complementaria; realidad que es similar en el resto de problemas nutricionales. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (n.d), consideran al bajo acceso a la educación – principalmente de la madre-, y a la falta de educación nutricional como otros causantes de los problemas nutricionales en el país, a más de la ausencia de una alimentación adecuada, servicios de salud y brechas en el acceso a agua y saneamiento. Sobre el tema los esfuerzos del Gobierno han involucrado programas de complementación alimentaria como el PANN 2000, cuyos resultados no fueron muy favorables, en parte porque la mayoría de programas han sido estructurados en base a experiencias en otros países, obviando la realidad del nuestro, la cual involucra las creencias y los fundamentos que condicionan el actuar de los habitantes de las diferentes regiones del Ecuador, razón por la cual es importante desarrollar una educación que tome en cuenta todos esos factores, con el objeto de ajustarse a las necesidades existentes en la población.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y censos (INEC, 2010) en el Ecuador los niños menores de 4 años de edad representa el 10,1% de la población infantil, es decir, aproximadamente 1.202.320 niños; existiendo en la provincia de Cotopaxi 42.491 niños que son parte de 142.766 familias. Según el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS, 2013), a nivel nacional, hasta el mes de Julio existen 2.507.098 personas afiliadas al seguro general del IESS, formando parte de este número 47.974 afiliados en la provincia de Cotopaxi.

En la consulta de Pediatría del Hospital del IESS de Latacunga se atienden aproximadamente 30 niños por día, en el periodo de junio- agosto del año 2011, el 11% acudió a consulta externa por enfermedades de la nariz y senos nasales, el 6,4% por infecciones agudas de las vías respiratorias, el 4,4% por helmintiasis, el 2,5% por enfermedades diarreicas y gastroenteritis; problemas nutricionales fueron: el 4,04% por anemia por déficit de hierro y el 3,01% por desnutrición proteico calórica leve, esta situación no necesariamente refleja una valoración real del estado nutricional de los niños que no acuden por diagnósticos nutricionales lo que podrían estar agravando su actual estado de salud y por ende representar serias consecuencias a futuro (Archivos IESS, 2011).

1.2. JUSTIFICACIÓN

La transición de lactancia materna exclusiva a alimentación complementaria es un evento importante y fundamental en la salud y estado nutricional del niño, considerando que su implementación puede ser el origen de alergias e intolerancias, riesgos de enfermedades como la diabetes, así como también el inicio de desnutrición, sobrepeso u obesidad o por el contrario la continuidad de un crecimiento y desarrollo adecuado en el niño; dicha situación es merecedora de importancia, sobre todo conociendo las estadísticas del país, que muestran una realidad preocupante, al existir una transición alimentaria precoz en la población, por lo que surge la necesidad de establecer cuanto y que saben las madres sobre alimentación complementaria para dar solución a los problemas que están presentes durante este proceso de introducción de nuevos alimentos, ya que de no ser tratados oportunamente generan consecuencias negativas en el estado nutricional y por lo tanto en la salud del niño.

Al relacionar los factores que llevan a la madre a una inadecuada, precoz o tardía implementación de la alimentación complementaria, se puede tener una mejor visión respecto de la consejería de salud necesaria, acorde a cada situación social, cultural y económica de la madre, recalcando en cada caso la importancia de una adecuada y oportuna implementación de alimentos y la repercusión que la misma tendría en el niño.

Por otra parte, la investigación se ha llevado a cabo en la ciudad de Latacunga, capital de Cotopaxi, por ser una de las provincias donde existe mayor prevalencia de desnutrición crónica, según informa el Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social. Si bien es cierto lo que se ha llevado a cabo hasta el momento por parte del gobierno, son programas de suplementación para corregir los problemas encontrados, pero poco se ha trabajado en cuestión de educación nutricional referente a la adecuada transición alimentaria de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria, a pesar de que es de conocimiento que este es un factor determinante del estado de salud y nutrición desde los primeros años de vida.

Por estas razones mencionadas, se tomó como referencia para el desarrollo de la investigación al hospital del IESS de Latacunga, donde se facilitó obtener la población objeto de estudio, y que esta sea significativa, pues dicha institución es la de mayor referencia en el ámbito de salud para toda la provincia.

De esta forma, el presente estudio busca argumentar la importancia de una adecuada transición alimentaria y dejar un significativo aporte que ofrezca información

actualizada sobre los puntos críticos en el conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria de madres que acuden a la Institución, además de que será un material importante en la consejería nutricional orientada a fomentar una adecuada nutrición en este grupo poblacional vulnerable mediante la implementación de estrategias preventivo-nutricionales sobre la alimentación complementaria y también servirá para propiciar la adopción de conductas alimenticias saludables que mejoren la calidad de vida del niño.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1.Objetivo general:

Establecer la relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de la madre en la implementación de la alimentación complementaria y su repercusión en el estado nutricional de los niños y niñas de 1 a 2 años de edad que acuden a consulta pediátrica en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio- Septiembre del 2013.

1.3.2.Objetivos específicos:

- 1.** Determinar el estado nutricional de los niños que acuden a consulta pediátrica del hospital del IESS de Latacunga.
- 2.** Identificar el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria de las madres de niños y niñas de 1 a 2 años de edad.
- 3.** Analizar las prácticas alimentarias que llevan a cabo las madres de niños/as de 1 a 2 años de edad en el tiempo de alimentación complementaria.
- 4.** Indicar la relación existente entre nivel de conocimientos y las prácticas alimentarias que llevan a cabo las madres de niños y niñas de 1 a 2 años de edad.
- 5.** Reconocer como las creencias y cultura de las madres influye sobre la alimentación complementaria.

1.4. METODOLOGÍA

1.4.1. Tipo de estudio: El enfoque de la investigación que se realizó fue de tipo cuali-cuantitativo- observacional, analítico y transversal. Es cuantitativo, puesto que se evaluó el estado nutricional en base a parámetros como, peso, talla, edad; cualitativa, debido a que se analizó conocimientos, actitudes y creencias con respecto a la alimentación complementaria. Es analítico, porque permitió estudiar la relación de la implementación de la alimentación complementaria en el estado nutricional del niño, además de posibilitar el análisis de los factores que influyen en el tiempo de la implementación de la alimentación complementaria, así como la frecuencia y tipo de alimentos utilizados en relación a los conocimientos y creencias alimentarias de las madres de los niños; y transversal, puesto que se utilizó los datos tomados en determinado período de tiempo.

1.4.2. Universo y muestra: El universo que sirvió como objeto de investigación fueron las madres y niños que acudieron al Hospital de IESS de la ciudad de Latacunga en el período de Junio-Septiembre del 2013. La muestra fue calculada como una población infinita, ya que el Hospital no contaba con estadísticas de años anteriores que involucren únicamente a la población de estudio; la cifra fue calculada con el 7% de margen de error, 95% nivel de confianza, 50% nivel de heterogeneidad, dándonos una muestra de 196 niños y niñas. **Criterios de inclusión:** Para la recolección de datos se seleccionó únicamente a las madres de niños y niñas entre 1 a 2 años de edad que asistieron al servicio de preparación pediátrica en el Hospital del IESS de Latacunga en consulta externa del servicio de pediatría. **Criterios de exclusión:** No formaron parte de la investigación las madres, cuyos niños y niñas no se encontraban en el rango de edad establecido y las madres que no deseaban formar parte del estudio.

1.4.3. Fuentes, Técnicas e Instrumentos: Las fuentes de información fueron primarias, pues se obtuvieron datos a partir de la aplicación de la encuesta como técnica aplicada a las madres de los niños y niñas participantes en el estudio. Por tanto los instrumentos que se utilizaron fueron un Cuestionario (**Anexo 2**), previo al cual se realizó el Consentimiento Informado (**Anexo 1**) como respaldo de la legitimidad de la investigación y la libertad en la participación en la investigación; para la evaluación del estado nutricional de los niños/as se utilizó como técnica la antropometría, para la misma que se utilizó una ficha de registro de peso, talla, edad (**Anexo 3**) además de las curvas de crecimiento propuestas por el Ministerio

de Salud Pública del Ecuador (2009) para este grupo de edad (**Anexo 4-7**). Las fuentes secundarias fueron documentos bibliográficos que se utilizaron para el desarrollo y sustentación del marco teórico.

1.4.4. Plan de procesamiento, presentación y análisis de

información: Luego de haber recolectado la información necesaria se realizó el procesamiento de datos previa elaboración de códigos (**Anexo 8**) y la tabla matriz, a fin de presentar los resultados en tablas y/o gráficos para su análisis e interpretación. Para medir las variables conocimientos y prácticas se le asignó un punto por cada respuesta correcta y cero por cada respuesta incorrecta. Para la categorización de la variable conocimientos y prácticas se realizó la Escala de Statones (**Anexo 9**) obteniéndose lo siguiente:

CONOCIMIENTO BAJO: 0 a 7 puntos.

CONOCIMIENTO MEDIO: 8 a 10 puntos.

CONOCIMIENTO ALTO: 11 a 14 puntos.

Para la categorización de la variable prácticas se realizó de acuerdo a los siguientes puntajes:

POCO FAVORABLES: 0 a 6 puntos.

MEDIANAMENTE FAVORABLES: 7 a 8 puntos.

FAVORABLES: 9 a 11 puntos.

El análisis de la información recolectada fue univariado debido a que se analizó las frecuencias de estado nutricional, nivel de conocimientos, nivel de prácticas; además fue bivariado entre la variable nivel de conocimientos y nivel de prácticas; entre la variable nivel de conocimientos de la madre y estado nutricional del niño o niña; entre la variable nivel de prácticas de la madre y estado nutricional del niño o niña.

Para la comprobación de la hipótesis, se empleó una prueba estadística de Independencia, mediante la cual se aceptó la hipótesis planteada (**Anexo 10**).

Operacionalización de variables (**Anexo 11**). Las variables que se estudiaron son:

- Conocimientos, actitudes y prácticas de la madre en la introducción de la alimentación complementaria.

- Alimentación complementaria.
- Características de la alimentación complementaria.
- Estado nutricional del niño o niña.

Capítulo II: MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS

2.1. Antecedentes de la Investigación

Como antecedente del presente estudio, se encontraron estudios realizados en otros países, en los que se asociaba directamente el conocimiento de la madre con el estado nutricional del niño, dichos estudios sirvieron como apoyo para la elaboración del instrumento y para tener una visión de la problemática en otro entorno. Entre ellos, podemos citar:

Castañeda B. Lima 2007, realizó un estudio sobre la relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, Enero 2007, teniendo como objetivo principal determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad. Concluyendo al final del estudio que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad, además que el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje y con respecto al estado nutricional de los niños predomina la normalidad y es mayor la malnutrición por defecto que por exceso.

Zavaleta, S. Perú 2013, realizó un estudio sobre la relación entre el conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño. El objetivo fue determinar la relación entre el conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asisten al consultorio de CRED, en el P.S. Cono norte, 1er trimestre 2012. Al finalizar el estudio se concluyó que las madres tienen un nivel bueno de conocimientos sobre alimentación complementaria. Por otro lado el mayor porcentaje de niños lactantes menores tiene un

estado nutricional de normal, por lo que existe una relación entre el nivel de conocimientos de la madre y el estado nutricional del niño.

Otros estudios encontrados, no asociaban todas variables del presente estudio, sin embargo sirvieron para ampliar el conocimiento sobre el tema en otros países. Los más importantes fueron:

Cárdenas, L. Lima, 2010, realizó un estudio sobre la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita en el 2009, con el objetivo de establecer dicha relación. Concluyendo al final del estudio que las madres primíparas tienen en su mayoría un nivel de conocimientos medio y realizan prácticas desfavorables sobre la alimentación complementaria, donde existe relación en mayor porcentaje en la consistencia de los alimentos y la higiene; en menor porcentaje la edad de inicio, el entorno durante la alimentación y la combinación de alimentos.

Gamarra R. Porroa M. Quintana M. Lima 2010, realizaron un estudio sobre los conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima, con el objetivo de identificar conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre alimentación del niño menor de 3 años. Al finalizar el estudio se concluyó que las madres presentaron nivel de conocimientos alto (81%) y actitudes favorables (66,7%) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.

2.2. Alimentación complementaria.

Se define a la alimentación complementaria como el acto de recibir alimentos sólidos o líquidos (excepto medicamentos en gotas y jarabes) diferentes a la leche materna, durante el tiempo que el lactante está recibiendo ésta o fórmula infantil (Organización Mundial de la Salud, nf, citado Daza y Dadán, nf, p. 18).

2.2.1. Fundamentos para la incorporación de la alimentación complementaria.

Según Franco (2004 a), los fundamentos para la alimentación complementaria básicamente son de acuerdo a los requerimientos nutricionales y al desarrollo del niño.

- a) Fundamentos Nutricionales:** A partir de los 5-6 meses de edad, el aporte energético de la leche materna y de otros nutrientes como el hierro son insuficientes para los requerimientos del niño.
- b) Fundamentos del desarrollo:** La introducción de alimentos de diferentes sabores y texturas inicia la masticación y la movilidad buco-faríngea en el niño. La masticación mejora la coordinación de la boca y la lengua, facilitando en el futuro el desarrollo del lenguaje. La introducción tardía de texturas y sabores puede ser el origen de ciertas aversiones en edades más tardías.

2.2.2. Edad de introducción de Alimentos en el niño.

La edad de introducción de alimentos depende esencialmente de las siguientes consideraciones:

- a)** Proporcionar alimentos cuyo contenido nutricional cubra sus requerimientos nutricionales.
- b)** Utilizar alimentos que no predispongan a la aspiración de las vías aéreas.
- c)** Evitar o disminuir el riesgo de las alergias alimentarias.

- d) Orientar la alimentación según la capacidad funcional del niño, de acuerdo a la maduración del tracto gastrointestinal y de los riñones.

El desarrollo del niño se relaciona directamente con la maduración neuromuscular, digestiva, y renal, por ello es importante conocer el desarrollo según la edad para elegir con fundamentos el mejor momento para la Introducción de la alimentación complementaria.

Maduración neuromuscular.- El niño desde su nacimiento presenta reflejos, tales como succión, deglución y búsqueda, los cuales facilitan la lactancia natural, mientras que el reflejo de náuseas, puede incluso oponerse a la introducción temprana de alimentos diferentes a la leche. De 4 a 7 meses de edad se incrementa la succión y aparece la masticación y el reflejo nauseoso, localizado inicialmente en el tercio medio de la lengua. A esta edad por las modificaciones dadas, el niño ya es capaz de recibir algunos alimentos sólidos, sin embargo no es recomendado hacerlo. De 7 a 12 meses de edad ya se puede empezar con la alimentación complementaria, ya que aparecen los reflejos de morder, masticar y efectuar movimientos laterales con la lengua y de llevar alimentos con las manos a la boca. De 12 a 24 meses de edad el niño tiene la capacidad de efectuar movimientos rotatorios de masticación y existe mayor estabilidad de la mandíbula, esto permite que el niño se incorpore a la dieta de la familia. El proceso de maduración se completa a los 24 meses de edad.

Maduración gastrointestinal.- La capacidad intestinal el recién nacido es de 10-20 ml, la cual va aumentando hasta 200-300 ml al final del primer año de vida. Esta condición obliga a utilizar alimentos que cubran los requerimientos mediante un volumen acorde con la fisiología del niño. En la leche materna existe un factor de crecimiento epitelial de la mucosa gastrointestinal, lo que permite la maduración de la mucosa intestinal. De allí la importancia de cumplir con las recomendaciones de la duración de la lactancia materna exclusiva.

Maduración renal.- La función renal del recién nacido está bien desarrollada. El único inconveniente de inmadurez está limitada a los niños que no reciben lactancia natural y que en consecuencia necesitan de fórmulas con alta carga de solutos renales desde muy temprana edad, situación que conlleva inconvenientes (Gómez, 2004, p. 48-50)

En base a todas las consideraciones antes mencionadas, la edad de introducción de los diferentes alimentos se muestra en la **Tabla 5 (ver en Anexos)**.

2.2.3. Alimentos, consistencia, frecuencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la alimentación complementaria debe ser suficiente, dicho en otra forma los alimentos deben ser administrados al niño en cantidades, frecuencia, consistencia y variedad adecuadas, con el objetivo de cubrir las necesidades nutricionales del niño, sin abandonar la lactancia materna. Además, sugiere que los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, minimizando el riesgo de contaminación. La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 a 8 meses, y después, entre los 9 a 23 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee. Las recomendaciones actuales además indican que la alimentación complementaria se puede introducir no antes de los 4 meses ni después de los seis meses para favorecer al desarrollo motriz y evitar complicaciones gastrointestinales.

Según Flores, Martínez, Toussaint, Adell y Copto (2006, p. 133-134), los aspectos prácticos que deben considerarse en el proceso de implementación de la alimentación complementaria son:

- 1. Tipo de alimentos:** Se recomienda preferir los alimentos de origen natural. Tener cuidado con los alimentos industrializados como cereales refinados, así como los alimentos ricos en grasas saturadas, por el riesgo de infecciones que existe. Para observar la tolerancia, se recomienda dar un solo alimento, tal como cereal, fruta o verdura, con una consistencia adecuada, observar las reacciones durante tres días de ingerir el alimento para determinar la tolerancia o intolerancia al mismo.
- 2. Consistencia de los alimentos:** Teniendo en cuenta que la transición alimentaria parte de una consistencia líquida, que es la que el niño conoce, a una consistencia sólida, es importante que la introducción de alimentos sea gradual, es así que se recomienda una progresión de alimentos en puré, papillas, picados y trozos pequeños. La consistencia de los alimentos debe favorecer la digestión y absorción.
- 3. Cantidad:** La cantidad de inicio de un alimento nuevo, según el autor, es de 10-15 g/día, lo que equivaldría a 2-3 cucharaditas, dicho volumen debe ser administrado tres días para ver su tolerancia, posterior a este periodo los alimentos tolerados formaran parte del conjunto de alimentos que el niño come.

4. **Edulcorantes y sal:** Se recomienda respetar el sabor de los alimentos en su forma natural, ya que el período de alimentación complementaria, es una oportunidad para distinguir los sabores y degustar los alimentos; al mismo tiempo, es una etapa en la que lo aprendido, en cuanto a sabores dulces o salados, perduran para el resto de la vida y pueden ser factores de riesgo para enfermedades como la obesidad, diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial.
5. **Variedad de alimentos:** Según el autor, la monotonía en la dieta y la falta de variación y combinación de alimentos, son factores de riesgo de desnutrición o sobrepeso en los niños.
6. **Frecuencia:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) el número de comidas en la alimentación complementaria debe aumentar en relación a la edad del niño y niña, así tenemos: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario
7. **Alimentación activa:** según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la adecuación de la alimentación complementaria (en cuanto a tiempo, suficiencia y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos, sino también de las prácticas de alimentación de las personas a cargo de los niños y niñas, siendo así necesaria la estimulación activa de parte de los cuidadores, con el fin de solventar todos los signos de hambre que manifieste el niño y niña.

2.2.4. Alimentación Complementaria Oportuna

Según las investigaciones sobre el tema, el momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, edad en la que se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. En relación con la nutrición, los requerimientos de energía y nutrientes aumenta conforme a la edad. Por ello se hace necesaria la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la leche materna ya no puede proveer. A partir de los cuatro meses de edad el niño adquiere capacidades necesarias para asimilar una dieta más variada (Ayala y Oliva, 2010, p. 32-33).

Según, el Ministerio de Salud del Ecuador (2009, p. 15), una alimentación complementaria apropiada es aquella que considera tanto consistencia, cantidad y frecuencia de alimentos ofrecidos al niño o niña, características de los alimentos que

cambian de acuerdo a la edad y al desarrollo neuromuscular del niño. Desde el punto de vista nutricional, la alimentación complementaria tiene la finalidad de asegurar una ingesta energético-proteica y de micronutrientes acorde con los requerimientos propios de la edad, por lo que estos deben estar ajustados a dichas necesidades, estimando el aporte que el niño recibe de la leche materna. De igual forma para poder asegurar un adecuado aporte nutricional de los alimentos complementarios es necesario fijar tanto el número y frecuencia como la densidad calórica, condiciones que varían de acuerdo a la edad del niño. En la **tabla 6** se muestran las recomendaciones propuestas. (**Ver en Anexos**)

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), los principios de una alimentación complementaria apropiada son:

- Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los 2 años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los 6 meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
- Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos.

2.2.5. Implementación precoz y consecuencias.

Según varios autores, se define a la alimentación complementaria precoz como la introducción de alimentos diferentes a la leche materna y/o fórmulas infantiles antes del cuarto mes o de la semana 17 de vida posnatal.

Según Olmos (2008, p.20), las enfermedades alérgicas se inician usualmente en la niñez y, por lo tanto, intervenciones tempranas tales como la introducción de la dieta son factores importantes en el desarrollo de estas enfermedades, por tanto los primeros años de vida se convierten en la oportunidad para prevenirlas.

Según, Franco (2004 b), una serie de desventajas y riesgos asociados a la alimentación complementaria antes del 6º mes, entre las que se destacan:

- a)** Disminución de la leche materna como consecuencia de una menor frecuencia de succión del niño.
- b)** Déficit en la ingesta de agua al ingerir menor volumen de leche.
- c)** Deposiciones menos fluidas y riesgo de estreñimiento.
- d)** Riesgo de desarrollar anemia por carencia de hierro, debido a la obstaculización de la absorción del hierro de la leche materna.
- e)** Mayor riesgo de alergia o hipersensibilidad.
- f)** Riesgo de diarreas por déficit de enzimas como la amilasa pancreática antes de los 6 meses, necesaria para la digestión de almidones (polisacáridos).
- g)** Mayor riesgo de enfermedades infecciosas y parasitarias por posibilidades de contaminación alimentaria y por no contar con un sistema inmunitario totalmente maduro.

Según Rodríguez, C. y Rasco, M. (2007, p. 333) un infante dependiendo de su edad es dos a tres veces más susceptible a padecer de diarrea si le dan agua, té o preparaciones herbales además de la leche materna que si lo amamantan exclusivamente. Así, el autor destaca los principales inconvenientes de una implementación precoz de la alimentación complementaria, siendo estos:

- a)** Alteración de los patrones funcionales básicos de la oro faringe.
- b)** Anormalidades en el funcionamiento labial y lingual durante la deglución y en el cierre bucal.
- c)** Riesgos de adquirir hábitos disfuncionales de succión.

- d) Interferencia en el proceso de discriminación sensorial progresiva por incorporación prematura de texturas y sabores.
- e) Promover el rechazo a ciertos alimentos.
- f) Incorporación del hábito del adicionar azúcar a la leche u otros alimentos, y con ello, un mayor riesgo de caries.
- g) Mayor gasto del presupuesto familiar, en alimentos, enfermedades, medicamentos, hospitalizaciones.
- h) Riesgo de sobrealimentación.
- i) Aumento de aporte de fibra dietética.
- j) Aporte de compuestos potencialmente perjudiciales: sacarosa, gluten, contaminantes, nitratos, fitatos.

Según, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, 2002), otras complicaciones de una alimentación complementaria precoz pueden ser:

Incrementar del riesgo de desnutrición.- Esto se debe a que al suplementar con agua u otro líquido diferente a la leche materna, se puede llegar a sustituir un alimento rico, como lo es la leche, por otro de escaso aporte nutricional, lo cual puede tener un impacto negativo en el estado nutricional, supervivencia, crecimiento y desarrollo del niño. Estudios han demostrado que el dar agua a los bebés antes de los seis meses puede reducir el consumo de leche materna hasta en un 11%, con lo que se promoverá la sustitución de la leche materna, como alimento único por otro tipo de alimentos, muestra de ello, estudios realizados revelan que ofrecer agua con glucosa durante la primera semana de vida se ha asociado con una mayor pérdida de peso y estancias más prolongadas en el hospital.

A. Posibles factores que influyen en la implementación precoz de la alimentación complementaria

1. Molestias al amamantamiento

Durante la lactancia, el pecho de la madre puede sufrir diversas afecciones, las cuales pueden manifestarse con dolor e incluso compresión, situaciones que condicionan a la madre en la toma de decisión sobre continuar o suspender al amamantamiento. Entre estas se pueden mencionar las siguientes (Gómez, A. y Sánchez, M. n.f. p. 48-58):

- **Pezones planos e invertidos.-** En condiciones normales estos pueden ser estimulados para que salgan y tomen la forma de un pezón normal, por tanto

ninguno de estos casos incapacita el dar de lactar, aunque al inicio de la lactancia puede ser un poco problemático por el agarre defectuoso.

- **Pezones largos o demasiado grandes.-** Este tipo de pezones requiere una postura que facilite el agarre.
- **Dolor al amamantar.-** Este dolor puede ser fisiológico y transitorio, ya que se limita solo al momento del agarre del bebe y cede conforme avanza la mamada. Este puede presentarse en las primeras semanas por una adaptación del estímulo y reflejo del amamantamiento, mientras que en otros casos puede durar un periodo mayor siendo esto ocasionado por una mala posición del niño.
- **Grietas.-** son lesiones ocasionadas en la mayoría de los casos por una mala posición o por dificultades de succión en el niño.
- **Obstrucción mamaria.-** presencia de bulto doloroso y enrojecido en el pecho que obstruye el conducto y por ende la salida de la leche.
- **Cálculos o perlas de leche.-** es la formación de perlas de leche que se manifiestan por obstrucción del conducto de la glándula mamaria que impide la salida de la leche y por ende existe una retención de la misma, dolor del pezón.
- **Mastitis.-** Es una respuesta inflamatoria secundaria a una situación de retención mantenida de leche, se manifiesta con un dolor intenso de una zona amplia de la mama (en forma de cuña), que está enrojecida, dura, inflamada y se acompaña de un cuadro gripal: fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos, dolor de cabeza y malestar general que aparece de forma brusca.

Según otros autores, un determinante del amamantamiento es la **producción de leche**. Al respecto (Mahan, L Kathleen, 2004, p. 203) indica que la producción de un volumen menor de leche es el resultado de una nutrición subnormal de la madre, quien en muchas ocasiones se somete a dietas rigurosas en busca de la pérdida del peso durante el embarazo. Sin embargo, es bien conocido que otro causante del volumen de producción de leche depende de la succión del niño, por lo que un poco volumen de leche está relacionado con una poca succión de parte del niño, debido a la falta de estímulo que impide que se produzca prolactina y por ende no exista la producción de leche. Cabe mencionar que la regulación de la producción de leche depende de la actuación de hormonas además de la prolactina antes mencionada, también de la oxitocina, hormonas tiroideas, hormona de crecimiento, insulina y suprarrenales (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004).

2.2.6. Alimentación Complementaria Tardía y consecuencias.

Varios autores definen a la alimentación complementaria tardía como la introducción de alimentos en una edad posterior al sexto o séptimo mes de edad. A los seis meses de edad, el niño ya tiene la capacidad similar a un adulto de digerir y absorber componentes de la dieta y posteriormente utilizar, metabolizar y excretar. Además, con la erupción de los dientes, el niño es más activo e inicia su instinto exploratorio del medio que lo rodea. En esta edad los efectos a largo plazo de las ingestas inadecuadas o excesivas de la lactancia adquiere gran importancia, lo mismo sucede con la función psicosocial que ejercen los alimentos durante el desarrollo (William C. p. 245). Si la alimentación complementaria empieza después de los 6 meses de edad, el niño no recibirá suficiente alimentación y puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de los alimentos.

Según Jiménez, C. (2008) las consecuencias de una alimentación complementaria tardía se refleja en:

- a)** Insuficiente energía para un óptimo crecimiento y desarrollo en el niño.
- b)** Aumenta el riesgo de malnutrición y deficiencia de micro nutrientes, principalmente el hierro.

Según, Daza y Dadán (n.f), una alimentación complementaria tardía puede tener consecuencias en el niño, a más de las mencionadas por otros autores, tales como:

- a)** Trastornos alimentarios: vómitos, rechazo a los sólidos, alteraciones en la deglución, atoramiento por sólidos, que a largo plazo pueden derivar en trastornos como bulimia y anorexia o alteraciones que no se identifican con ninguno de estos extremos.
- b)** Trastornos del lenguaje.

2.2.7. Prácticas de Alimentación Complementaria en las regiones del Ecuador.

Según, la publicación *“Atlas Alimentario de los pueblos Indígenas y Afro descendientes del Ecuador”* realizada por Moya Torres junto con el Programa Aliméntate Ecuador (2010), indica las diferentes prácticas de las madres de los diferentes pueblos del Ecuador durante la alimentación del lactante, siendo algunas de estas las siguientes:

Tabla 1: RESUMEN ATLAS ALIMENTARIO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRO DESCENDIENTES- REGIÓN COSTA

| PUEBLO | PRÁCTICAS EN EL NIÑO LACTANTE |
|------------------------------|--|
| AFRODESCENDIENTES DE TELEMbí | La edad de introducción de alimentos es a los cuatro o cinco meses. Empiezan con papillas de maduro o de guineo, puré de papa o de yuca, también le dan minchilla (camarón de río), fideo, colada de verde. |
| TSÁCHILAS | Se introduce los alimentos a los 4 y 6 meses. Siendo las primeras comidas: caldos de pollo, verduras o res. Sobre ciertos alimentos tienen algunas creencias: Pata de res, ayuda a que el niño camine pronto Sopa de fideo, el huevo, la papa, chucula son consideradas como comidas livianas Ciertos alimentos son considerados como Dañinos: Granos secos = pesados Enlatados (sardina = infección) Caldo de gallina gorda = mantecoso |

| | |
|--------------------|---|
| LOS EMBERÁ | <p>La alimentación ordinaria puede ser a los 3 o 4 meses de edad, por lo general, se empieza a los 6 meses.</p> <p>Los primeros alimentos son sopas livianas: fideo, carne; arroz y colada de verde (la más acostumbrada), colada de maíz y un poco de fruta del medio. Luego les dan a chupar carne.</p> |
| LOS CHACHIS | <p>Empiezan a comer a los 4 meses, primero caldo de pescado sin aliños, coladas de leche, maicena, masato, jugo o puré de papaya, plátano y luego arroz.</p> |

Fuente: Atlas Alimentario de los pueblos indígenas y afro descendientes. Región Costa. 2010

Elaborado por: Alumnas de Séptimo semestre de Nutrición Humana. PUCE. 2011.

Tabla 2: RESUMEN ATLAS ALIMENTARIO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRO DESCENDIENTES- REGIÓN SIERRA

| PUEBLO | PRÁCTICAS EN EL NIÑO LACTANTE |
|---|---|
| SARAGUROS- Comunidad Gera, Ocañac, Guayacanes. | <p>GERA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se privilegian los caldos ligeros <p>OCAÑAPAC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las coladas <p>GUAYACANES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empezan con sopas livianas • Luego coladas • Huevo • Y luego comen todo |
| LUMBISÍ | <p>A los lactantes se les empieza a dar de comer entre los dos y tres meses de edad. Al principio se les da coladas <i>chuyitas</i> (bastante diluidas) y, poco a poco, les van dando casi todo lo que comen los adultos, excepto granos, por considerarse pesados.</p> |

| | |
|---|--|
| HUAYCO PUNGO Y AGATO-LA RINCONADA Y LA ESPERANZA | La alimentación complementaria se realiza generalmente entre los 3 y 4 meses y algunos entre los 5 y 6 meses. En las dos comunidades se les empieza dándoles coladas de sal o sopa de arroz de cebada, chuyitas y plátano. |
| LOS QUITUS – COMUNIDAD DE COCHAPAMBA | Se inicia a los seis meses con habas, frutas. |
| CANARIS | <p>En Quilloac: Los primeros alimentos que se introducen son: Guineo con leche, máchica con leche, colada de quinua, colada de arroz de arroz de cebada, papilla de papa, huevo cocinado, avena, caldo de papas con nabo; no se da mote ya que daña el estómago.</p> <p>En Rañas: Inician la alimentación complementaria a los 3 meses; se les da jugo de frutas, sopas livianas, licuados de sopas, fideos caseros, sopa de papa con nabo, colada de maíz, de máchica, sopa de quinua, de harina de arveja, sopa de habas con papa, colada de avena.</p> <p>Pasados los 8 meses se les da comidas menos líquidas.</p> |
| PURUHÁES | <p>A los 3 meses: pedazo de fritada o presa de cuy asado, endura el estómago.</p> <p>A los 6 meses: huevo de campo cocinado, sopas livianas de arroz de castilla o fideo.</p> <p>A los 8 meses: frutas livianas, frutilla, plátano, granadilla</p> |
| AFRODESCENDIENTES DEL CHOTA Y MIRA | <p>La alimentación complementaria se inicia de 5 a 6 meses de edad, o algunos a los 3 meses.</p> <p>Se da papillas de plátano, sopa de quinua, sopa de fideo, arroz de cebada, coladas de frutas o de leche y morocho.</p> |
| COMUNIDAD DE SAN PEDRO MARTIR (PALTAS) | La alimentación complementaria empieza a una edad mínima de tres meses y una máxima de seis meses. Empiezan con papillas de manzana o plátano maduro, sopa de fideo, crema de haba, de papa, caldo de gallina, caldo de res, huevos tibios, aguas aromáticas, quesillo, |

| | |
|--|--|
| | arroz aguado, colada de maíz blanco, leche de vaca en pequeñas cantidades. |
|--|--|

Fuente: Atlas Alimentario de los pueblos indígenas y afro descendientes. Región Sierra. 2010.

Elaborado por: Alumnas de Séptimo semestre de Nutrición Humana PUCE. 2011.

Tabla 3: RESUMEN ATLAS ALIMENTARIO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRO DESCENDIENTES- REGIÓN AMAZÓNICA

| PUEBLO | PRÁCTICAS EN EL NIÑO LACTANTE |
|--------------------------|---|
| ACHUAR | <p>Empieza la alimentación a partir de los 6, 8, 9 u 12 meses de edad.</p> <p>Los primeros alimentos son: palmitos, gusanos, sopa de yuca, plátano verde masticado, pescado, sopa de pollo, perdiz con yuca y plátano maduro.</p> <p>Poco a poco se les da pedacitos de carne al principio masticados por la madre.</p> |
| LOS SIONAS | <p>Según algunos la alimentación complementaria comienza a los 8 meses les dan: plátano verde o maduro en forma de colada, cocinado o machacado o en forma de chúcula, arroz, papas, frutas locales (chontaduro, zapote, uva de monte y carnes livianas). Evitan darles carne de danta, saíno y bagre. No dan alimentos que no se producen localmente ni cosas de afuera como manzanas, pera, coca-cola porque los niños se enferman.</p> |
| LOS NAPO QUICHUAS | <p>Lactan hasta un año, pero en algunos casos solo hasta los seis meses. Sin embargo pueden empezar a ingerir otros alimentos, por lo general entre los dos y tres meses. Empiezan a comer chucula, huevo tibio, maduro cocinado, chica de yuca tierna. Unos pocos señalan que les dan frutas como papaya, piña, guanábana, naranja, guaba, plátano o jugos de naranja y de papaya. También avena, coladas y caldo de pollo, puré de papachina. Luego poco a poco les dan toda la comida, pero en</p> |

| | |
|-------------------|--|
| | pequeñas cantidades: pollo, carne picada, ratón de monte siucucha, chica de chonta y jugo de limón |
| SARAYACU | <p>Los primeros alimentos les dan, generalmente, a los 6 meses de edad, pero si la madre tiene bastante leche no les dan ninguna comida hasta el año de edad.</p> <p>Empiezan con comidas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maitos de yuyos - Caldo de pescado con yuca - Plátano maduro cocinado y aplastado - Huevos - Chicha tierna |
| LOS SECOYA | <p>La Alimentación complementaria inicia a los 6 meses con plátano verde asado y aplastado, banano, yuca, chucula de verde, huevo y pescado.</p> <p>Pasado el año ya consume la mayoría de los alimentos.</p> <p>Se consideran alimentos buenos para el crecimiento: caldo de pollo. Perdiz, o pava, caldo de pescado plátano y yuca aplastados.</p> <p>Los alimentos que se consideran dañinos: Carne de cerdo, carne de danta.</p> |

Fuente: Atlas Alimentario de los pueblos indígenas y afro descendientes. Región Amazónica. 2010.

Elaborado por: Alumnas de Séptimo semestre de Nutrición Humana. PUCE. 2011.

2.3. Lactancia Continua y su relación con la Alimentación Complementaria.

Según, Oliveira, Nora (2001), a partir de los seis meses, los niños y niñas necesitan otros alimentos además de la leche materna para cubrir sus necesidades nutricionales. Se denomina “alimentación complementaria” a la incorporación de otros alimentos y bebidas que “complementan” los nutrientes provistos por la leche materna.

La leche materna es un alimento rico en nutrientes y energía, brindando más calorías y nutrientes por mililitro que muchos otros alimentos. Provee en el período de la alimentación complementaria la mayor cantidad de proteínas, vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales.

Según la OMS (2010), la leche materna también es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses. En niños y niñas entre los 6 y los 12 meses de edad, la leche materna puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño y en los niños entre los 12 y los 24 meses, puede cubrir un tercio de las necesidades. La leche materna también es una fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, y reduce la mortalidad de los niños malnutridos. Los adultos que recibieron lactancia materna en la infancia suelen tener menor tensión arterial y menores concentraciones de colesterol, así como menores tasas de sobrepeso, obesidad y diabetes de tipo 2.

2.3.1. Alimentación Complementaria y alimentos alergénicos.

Según, Olmos (n.f), los alimentos considerados universalmente más alergénicos son el huevo, la leche, el pescado, el maní, las nueces, el trigo y la soya, razón por la que su introducción en la alimentación complementaria debe ser vigilada. No obstante, en países como Francia los alimentos más alergénicos son las frutas seguido de los vegetales. Así tenemos:

- ❖ **Huevo:** La clara del huevo contiene más proteínas alergénicas que la yema, siendo la ovoalbúmina la proteína más abundante.
- ❖ **Pescado:** La comida del mar contiene proteínas alergénicas altamente resistentes al calor y a varios métodos de cocción. Según, Rodríguez y Rasco (2007), otro determinante del tiempo de introducción del pescado es su contenido graso, por lo que se recomienda a los nueve meses empezar con pescados blancos, además de su alto contenido de sal y fósforo y posibles sustancias nocivas, bien por su conservación (ácido bórico) o en su composición (mercurio).
- ❖ **Maní:** La alergia al maní es permanente, a diferencia de la alergia al huevo y a la leche, que desaparecen en la edad escolar.
- ❖ **Cereales:** cereales que contienen la proteína gliadina, tales como el trigo, cebada, centeno, avena, pueden provocar la enfermedad celíaca, por lo que su

introducción no debe hacerse antes del sexto mes ni tampoco después del octavo mes.

Según, Rodríguez y Rasco (2007, p. 334-341), otros alimentos a considerar en la implementación de la alimentación complementaria, son:

- ❖ **Frutas:** Según el autor, se debe evitar las frutas potencialmente alergénicas, como: fresa, frambuesa, kiwi, mora y melocotón, por la capacidad de las mismas para liberar histamina.
- ❖ **Verduras y hortalizas:** Se evitarán las verduras flatulentas como la col, coliflor y el nabo (potencialmente bociógenas); las ricas en sustancias sulfuradas (cebollas, ajo, espárragos, etc.) por su potencial efecto metahemoglobinizante; también debe evitarse la administración de remolacha y las de hoja verde ancha, como espinacas, habas y acelgas, por su contenido en nitratos, etc.
- ❖ **Carnes:** La alergenicidad de las carnes se elimina con el procesamiento y cocción siendo recomendada la administración en forma homogeneizada y bien cocinada a la hora de iniciar la dieta complementaria.
- ❖ **Legumbres:** Se recomienda iniciar su aporte a partir del 10º ó 11º mes debido a su alto contenido en nitratos.
- ❖ **Leche:** Según la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, citado en Medline plus, 2011) sobre el tema menciona, que no debe ser introducida antes del año, debido a su alto contenido de proteínas, grasas, sodio y potasio, características que lo convierten en un alimento difícil de digerir y absorber por parte del niño, además de un bajo contenido de hierro y de ácidos grasos esenciales.

2.3.2. Problemas de Salud ocasionados por incorrecta Implementación de la Alimentación Complementaria.

- ❖ **Intolerancias:** Según, la Universidad Autónoma de Yucatán (2009), la intolerancia alimentaria afecta al metabolismo, puede tener síntomas similares a los de una alergia (entre ellos náuseas, diarrea y dolor abdominal), sin embargo el sistema inmunológico no interviene en las reacciones que se producen de la misma manera. La intolerancia alimentaria se da cuando el cuerpo no puede

digerir correctamente un alimento o uno de sus componentes. Las intolerancias alimentarias más comunes son a la lactosa y al gluten.

❖ **Alergia alimentaria (hipersensibilidad):** Según, la Academia Mexicana de Pediatría (n.f), en su publicación *“Nutrición del lactante y preescolar en la salud y enfermedad”* (p. 27-38), define a la alergia alimentaria como una reacción adversa al alimento que resulta de una interacción antígeno -anticuerpo o célula-antígeno. Involucra un mecanismo mediado por IgE.

Normalmente existe una barrera gastrointestinal que protege al organismo de antígenos extraños. Está formada por dos grupos de componentes: 1) Inmunológicos: IgA, IgE, IgM, IgG, linfocitos y macrófagos, placas de Peyer, IgA secretora intestinal e IgA secretora de la leche humana; 2) No inmunológicos: ácido gástrico, enzimas pancreáticas, enzimas intestinales, membrana de las microvellosidades y la capa mucosa.

En el momento en que la naturaleza de la dieta se altera, como sucede con la introducción de alimentos o el destete, ocurren complejos cambios fisiológicos. De esta situación pueden resultar efectos profundos en la respuesta inmune no sólo porque los antígenos en el lumen son diferentes, sino también debido a la ingestión y digestión alterada. Por ejemplo, las enzimas proteolíticas de las secreciones digestivas, la motilidad intestinal, la rapidez de absorción y el patrón de defecación influyen sobre la cantidad del antígeno presente en un segmento particular del intestino. Por otro lado, un cambio en la flora bacteriana puede exponer al tejido linfo-reticular asociado al intestino a sustancias inmuno-modulatorias muy potentes como es el caso de las endotoxinas

2.4. Evaluación nutricional en niños y niñas

Según, la Encuesta de Lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses de la ciudad de Montevideo (Bove y Cerruti, 2007 p. 11), menciona que la mejor forma para determinar el estado de salud de una población es conociendo el crecimiento y desarrollo de sus niños; dichos factores, según Abeya, Calvo, Duran, Longo y Mazza (2009), se convierten en los ejes de la atención de salud, con la intención de que toda asistencia no solo este guiada a las

necesidades actuales del niño y niña en una edad determinada, sino también a una asistencia con un criterio preventivo, evolutivo teniendo en cuenta las características para llegar a ser un adulto sano.

En la evaluación del estado nutricional, la antropometría ha sido ampliamente utilizada como un indicador que resume varias condiciones relacionadas con la salud y la nutrición, además de que permite identificar individuos o poblaciones en riesgo, resultados de situaciones pasadas o presentes, y al igual que también permite predecir riesgos futuros. Por tanto, dichas identificaciones permite seleccionar los grupos en riesgo para la implementación de intervenciones y la evaluación del impacto de las mismas.

2.4.1. Evaluación Antropométrica

Las mediciones básicas que se consideran para el estudio de crecimiento y desarrollo en los niños son el peso, la talla y el perímetro cefálico. Las técnicas de medición son de acuerdo a la medida que se va a tomar y a la edad del niño o niña; los resultados son interpretados por medio de índices e indicadores que reflejan los diferentes estados nutricionales existentes. Así, tenemos:

Desnutrición Global (Peso/Edad), es un indicador del **déficit nutricional**, útil durante el primer año de vida. Su uso como parámetro único no es aconsejable, pues no permite diferenciar niños constitucionalmente pequeños. El peso/edad aislado no permite distinguir tipos de malnutrición. El peso/edad bajo en los menores de 1 año puede detectar desnutrición global que, por el tiempo de desarrollo, es generalmente aguda.

Desnutrición Aguda (Peso/Talla), permite valorar el estado nutricional actual. Es útil para el diagnóstico de **desnutrición, sobrepeso y obesidad**. Tampoco se recomienda su uso como único parámetro, pues puede calificar como desnutridos a algunos niños que no lo sean. El peso/talla bajo (o el IMC/edad bajo) es indicador de emaciación o desnutrición aguda. El peso/talla alto (o el IMC/edad alto) es indicador de sobrepeso, estado nutricional que es definido por la OMS (2013) como, “una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud”.

Desnutrición Crónica (Talla/ Edad), es el mejor indicador de una dieta adecuada y del estado nutricional a largo plazo. Es un parámetro explicado por factores genéticos y

nutricionales, es un buen **índice de cronicidad**. La talla/edad baja se asocia con desnutrición crónica.

Desnutrición, sobrepeso y/o obesidad: Refleja el peso relativo con la talla para cada edad, con adecuada correlación con la grasa corporal. Su interpretación es similar a la mencionada para el peso/ talla, pero con más precisión.

2.4.2. Estadísticas del país

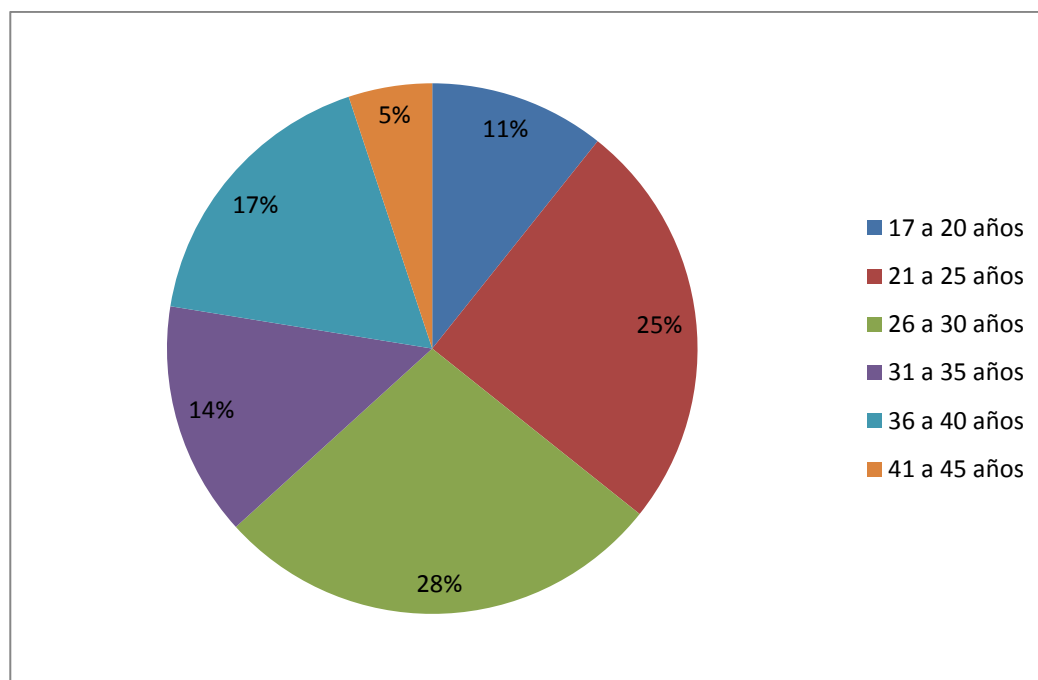
Según, la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN, 2004), en el Ecuador, el 9.4% de los niños y niñas menores de cinco años presentan bajo peso para su edad y el 1.3% está clasificado como desnutrición global severa. Las diferencias ya mencionadas para desnutrición crónica se repiten para desnutrición global, pero los diferenciales no son tan pronunciados. El indicador bajo peso para talla caracteriza a la desnutrición aguda. Sólo el 1.7% de los niños y niñas menores de cinco años de edad tiene un valor de peso para talla que está por debajo de -2.0 DE, porcentaje que es menor al esperado en la población de referencia (2.3%), lo cual refleja que no existe mayor problema de emaciación en el país.

2.5. Hipótesis

El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres en el tema de alimentación complementaria influyen directamente en el estado nutricional del niño y niña de 1 a 2 años de edad.

Capítulo III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Gráfico 1: EDAD DE LAS MADRES ENCUESTADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013

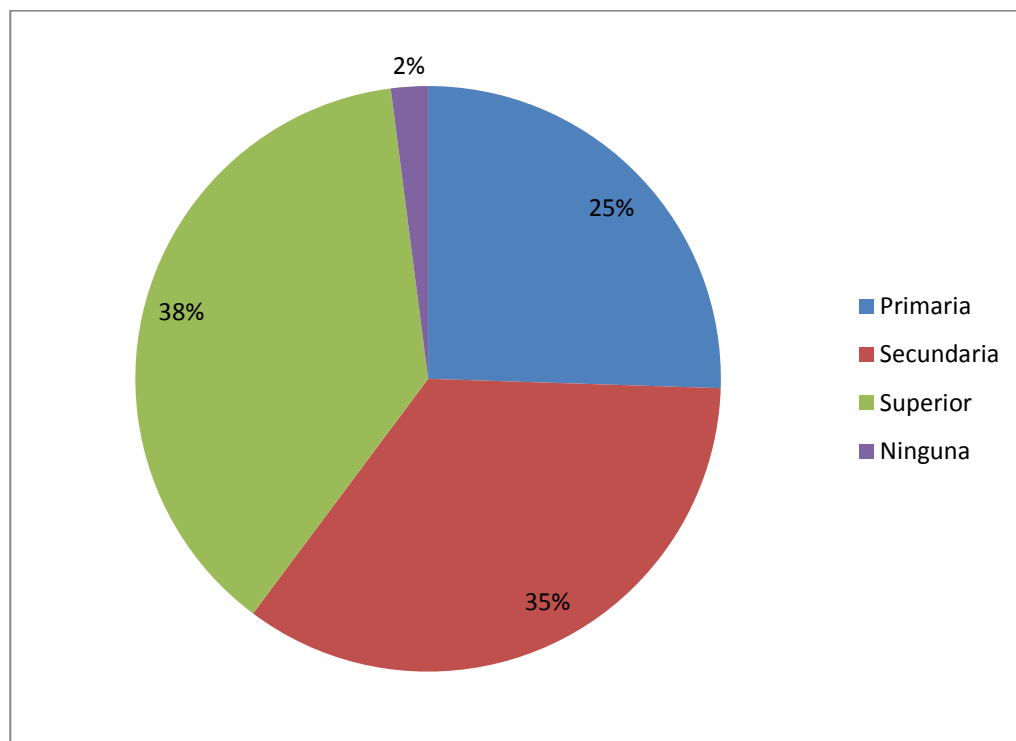


Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

El mayor número de madres encuestadas se encuentran dentro de un rango de edad comprendido entre los 21 a 30 años, edad que según los datos publicados por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010 c), en su publicación “Análisis, revista cuyuntural” indica que la tasa global de fecundidad es más alta en estos grupos de edad. Además se puede destacar que los datos reflejan un número menor de casos que sean registrados en el grupo de edad de 17 a 20 años, siendo inexistente los casos en madres menores a dicho rango de edad, lo que hace obvio que son las madres que se preocupan menos de un control pediátrico constante de sus hijos, considerando que la provincia de Cotopaxi posee una mayor incidencia de embarazos en adolescentes.

Gráfico 2: NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES ENCUESTADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013.

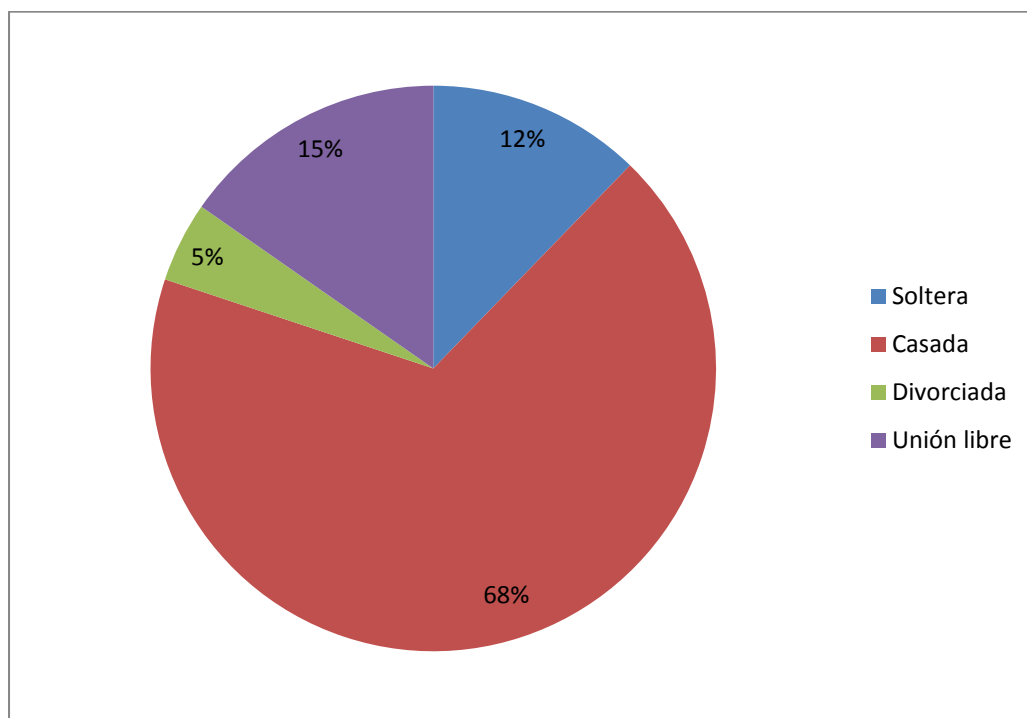


Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

Posterior a la investigación, se observó que el nivel de instrucción del grupo más representativo de la muestra es de tipo superior (38%), seguido por el nivel de instrucción secundario (35%), datos que permiten estimar un mayor grado de preparación en este grupo de población y que pronostica además una mejor situación dentro del ámbito social y económico. Según datos publicados por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010 c), indican a nivel nacional un 50,3% de las mujeres que ha tenido hijos tienen un nivel de educación básica, el 22,7% tiene educación media y el 16,8% posee instrucción superior; el grado de escolaridad así como el conocimiento sobre control de natalidad se reconocen como factores que actualmente influyen tanto en el número de hijos como en la edad en la que la madre decida tenerlos.

Gráfico 3: ESTADO CIVIL DE LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013.

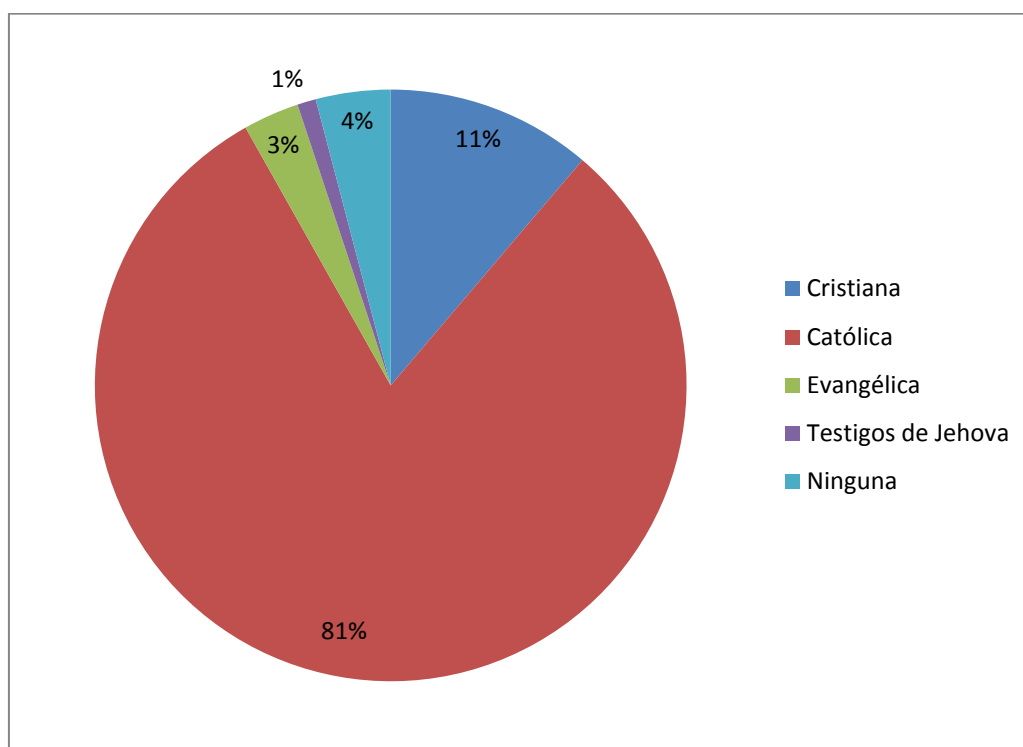


Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

El estado civil determina la situación legal o de hecho de cada persona de 12 años o más; de acuerdo al estado civil el porcentaje de población encuestada es mayoritaria en la categoría casado (68%), seguida de la categoría unión libre (15%), lo que supone que un 83% de madres encuestadas, tienen algún tipo de relación, siendo mínimo el número de madres divorciadas y madres solteras, resultados que coinciden con las estadísticas nacionales publicadas por INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010 c), que indican un total de 92.927 mujeres en unión libre, 80.941 mujeres casadas y 28.660 mujeres solteras, siendo estas las categorías más representativas a nivel nacional y en la muestra de la presente investigación.

Gráfico 4: RELIGIÓN DE LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013.

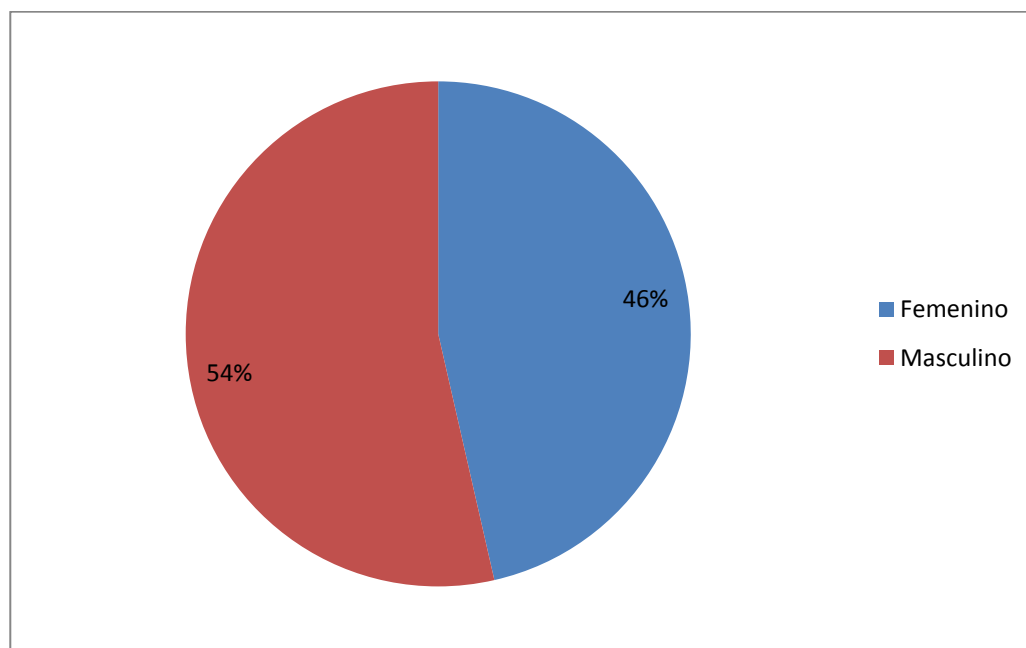


Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

El 81% de madres encuestadas practican la religión católica, siendo este grupo el más representativo de la muestra, seguido de un grupo minoritario de madres pertenecientes a la religión cristiana (11%), evangélica (3%), testigos de Jehová (1%) ; datos que son corroborados por publicaciones nacionales realizadas por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010), las cuales indican que el 91,9% de la población afirma tener una religión, de los cuales el 80,4% pertenece a la religión católica, seguido por la evangélica y los testigos de Jehová, entre otros. Sin embargo, al igual que a nivel nacional en un pequeño grupo de madres encuestadas (4%), afirmaron no practicar ninguna religión.

Gráfico 5: SEXO DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013.

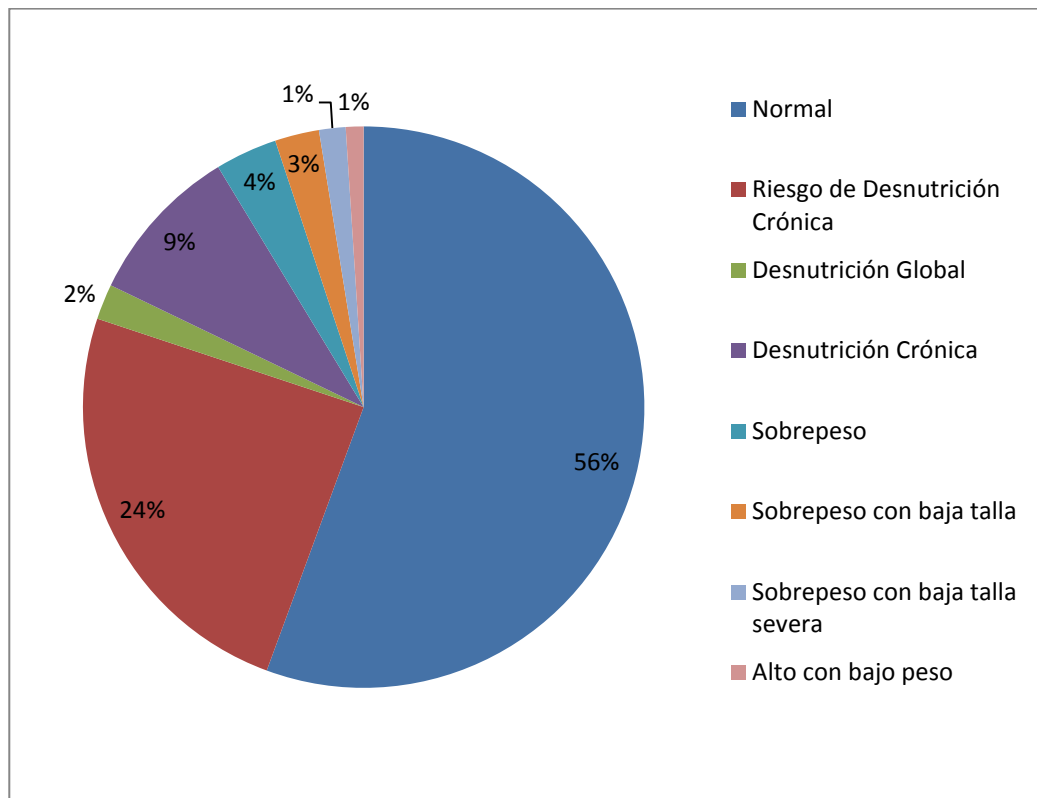


Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

Según, los datos publicados por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011), a nivel nacional nacieron 229.780 infantes, correspondiendo 117.245 al sexo masculino y 112.535 al sexo femenino, siendo evidente un mayor número de población infantil masculina, datos que coinciden con los resultados de la presente investigación, en donde se obtuvo un mayor número de población infantil masculina (54%), y un menor número de población infantil femenina (46%).

Gráfico 6: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013.



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

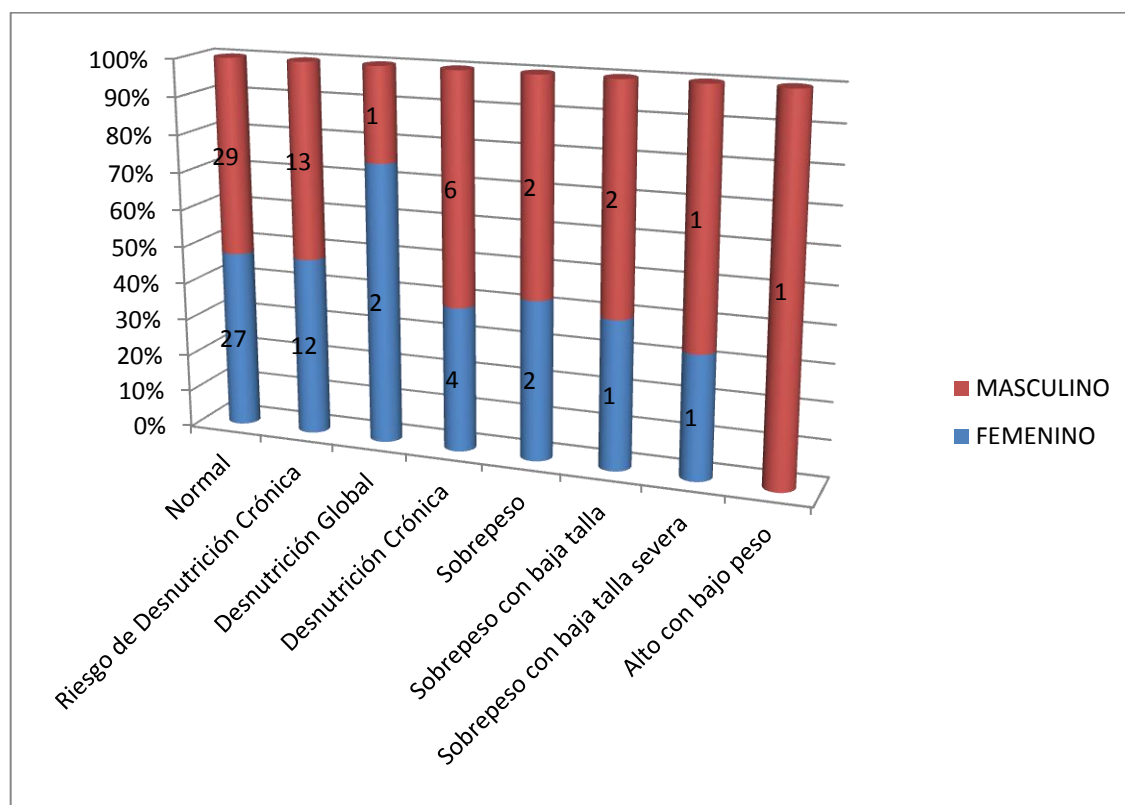
Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

Posterior a la investigación se obtuvo como resultado que más de la mitad de niños evaluados (57%) se encuentran con un estado nutricional normal, en cuanto al peso, talla e IMC para su edad, lo que permite estimar que dichos niños y niñas han gozado de una adecuada alimentación, tanto en calidad, cantidad y tiempo de introducción de los alimentos; sin embargo un número importante de los infantes evaluados están en riesgo o ya presentan una desnutrición crónica, diagnóstico que permite pensar en posibles causantes de dicho estado nutricional, a una ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes por un largo período de tiempo. Cabe recalcar que para el diagnóstico del estado nutricional de los niños y niñas participantes, se tomó en cuenta los indicadores de peso/edad, talla/edad e IMC/edad, siendo los dos primeros los indicadores determinantes en cada diagnóstico, por ser los más adecuados para los

niños de esta edad, mientras que el indicador IMC/edad no fue un determinante, ya que dicho indicador puede arrojar falsos positivos y falsos negativos. Según, UNICEF (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, 2013), indica a la desnutrición crónica no sólo como una cuestión de baja estatura, sino que también puede implicar retraso en el desarrollo del cerebro y de la capacidad cognitiva. Según, el resumen ejecutivo de Perú “Desnutrición crónica infantil cero en el 2016”, indica que la desnutrición crónica infantil puede producirse en las distintas etapas de la vida del niño o niña: etapa fetal, en los 6 primeros meses de vida, en el período de 6 a 18 meses y después. No obstante, la desnutrición crónica infantil se inicia con mucho más frecuencia en el período de 6 a 18 meses de edad, cuando el niño empieza a comer los mismos alimentos que el resto de la familia.

Por otro lado, dentro del grupo de niños se pudo observar el lado opuesto, refiriéndonos al estado nutricional producto de excesos, el sobrepeso y/o obesidad, considerados por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2013), como uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, causada por una nutrición inadecuada durante el período prenatal, la lactancia y la infancia, seguida de una exposición a alimentos ricos en grasas y calorías y pobres en micronutrientes, así como de una falta de actividad física a medida que el niño va creciendo.

Gráfico 7: ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN SEXO DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO-SEPTIEMBRE 2013.

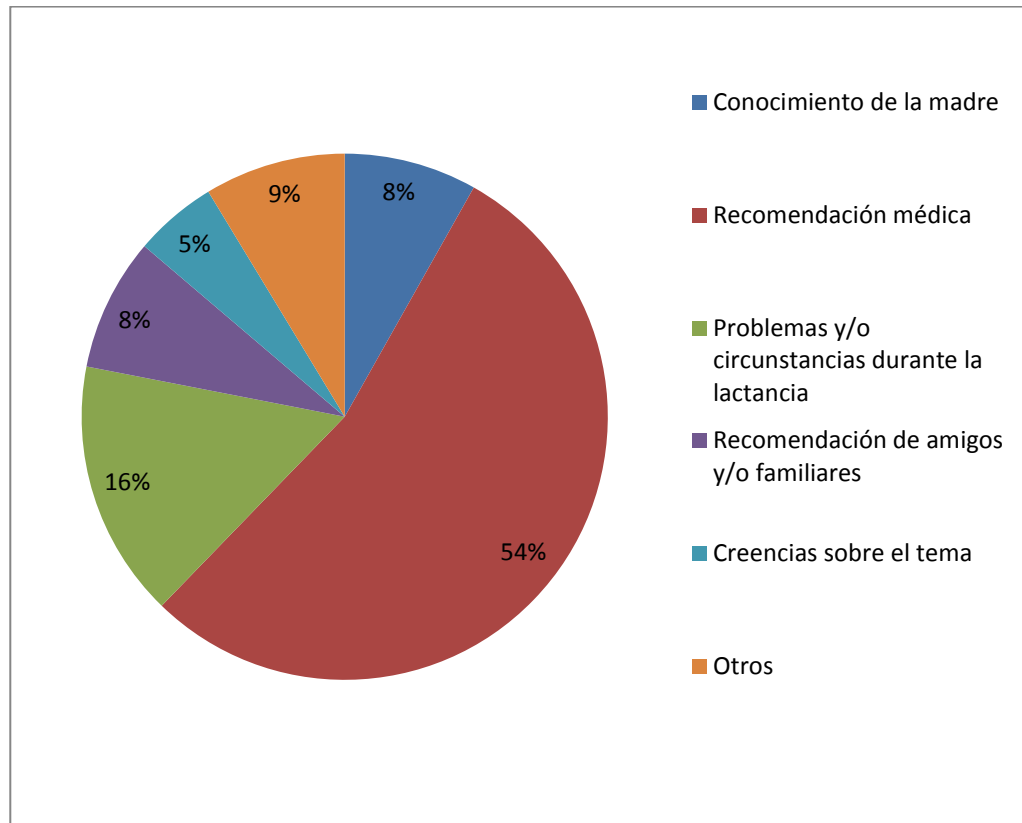


Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

Se puede observar similar panorama tanto para el sexo femenino como para el sexo masculino, destacándose un mayor número de infantes del sexo masculino que presentaron un estado nutricional normal así como también un riesgo de desnutrición crónica al igual que desnutrición crónica como tal, la diferencia en parte puede ser marcada por el número mayor de población infantil masculina con respecto al número de población infantil femenina que formó parte de la muestra en la presente investigación. Por otro lado, el estado nutricional de sobrepeso así como el caso de alto con desnutrición severa, es más evidente en niños que en niñas. Se podría decir, que los diagnósticos sobre el estado nutricional, fue similar tanto en niños como en niñas.

Gráfico 8: FUNDAMENTOS EN LOS QUE BASAN SUS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO-SEPTIEMBRE 2013.



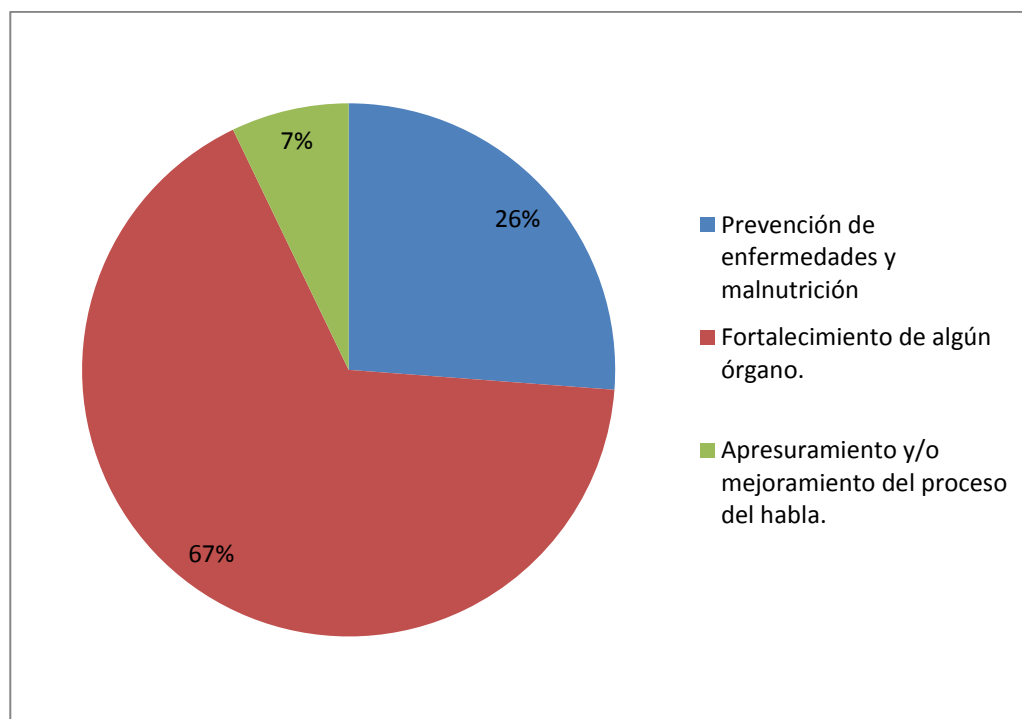
Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

En su mayoría las madres manifestaron haber iniciado la alimentación complementaria en sus niños y niñas por recomendación de sus pediatras, siendo este número de madres el más significativo de la muestra (54%); sin embargo un número importante manifestó que un factor determinante en la edad de inicio de la alimentación de su niño fueron problemas y/o circunstancias adversas para continuar el período de lactancia materna, refiriéndose como principal condicionante a la reincorporación al trabajo, universidad y/o actividad diaria, un menor número manifestó problemas de salud que impidieron concluir dicho período, siendo necesario la incorporación temprana de alimentos. Un 8% de las madres manifestaron que la decisión de iniciar la alimentación se fundamentó básicamente en experiencias vividas con hijos e hijas anteriores, por lo

que manifiestan poseer un amplio conocimiento sobre el tema. Por último, un importante grupo de madres basaron su decisión de iniciar la alimentación complementaria en recomendaciones de familiares, específicamente refieren a consejos de madres y abuelas, cuyos argumentos se basan principalmente en creencias sobre el tema. Un 9% de madres manifestaron otras razones que influyeron en su decisión, siendo las principales que el niño le pedía los alimentos que la madre estaba comiendo o que el niño dejó solo el seno, originándose así la necesidad de ofrecer otro tipo de alimentos a su niño.

**Gráfico 9: CREENCIAS SOBRE ALGUNOS ALIMENTOS QUE
CONDICIONAN LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES QUE ACUDEN A
CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS
LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013.**



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

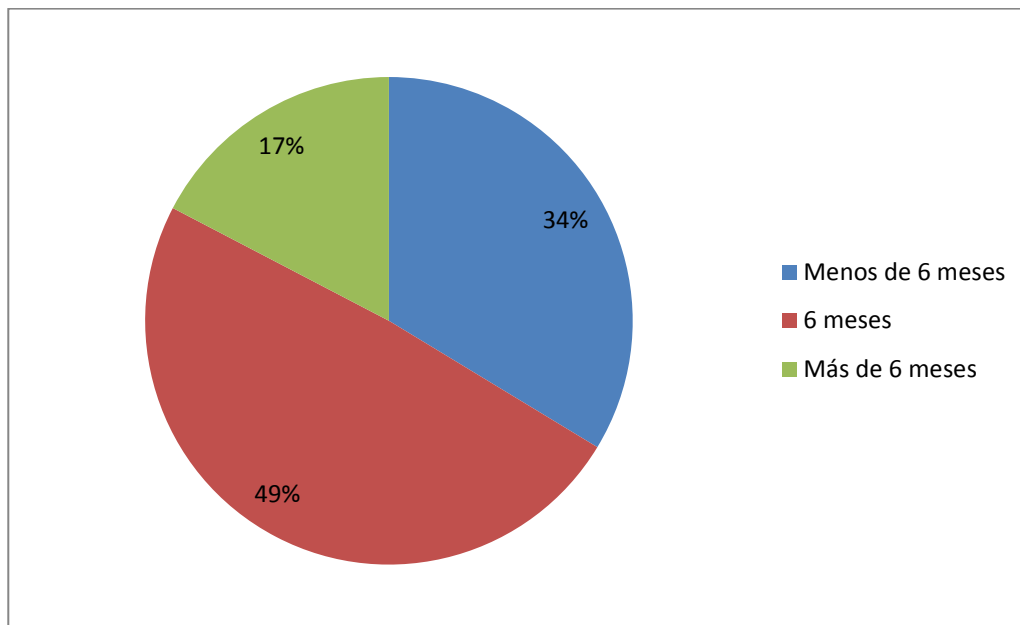
Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

Posterior a la investigación se observó en su mayoría madres que manifestaron creencias sobre ciertos alimentos, las mismas condicionaron el alimento y la edad de inicio de la alimentación complementaria en sus niños y niñas, refiriéndose principalmente a alimentos y/o preparaciones para el fortalecimiento de algún órgano, específicamente para el estómago, siendo las principales preparaciones y/o alimentos sugeridos, los siguientes: tripa asada, granadilla, leche materna mezclada con comino y manteca de cerdo diluida, caldos de dieta de la madre, carne de borrego asada, agua de hierbas, coladas (machica, manzana, guayaba); por otro lado un menor número mencionaron preparaciones para el fortalecimiento del cerebro, siendo las principales, sopa de paico con huevo y habas cocinadas. Un menor grupo de madres (26%) manifestaron alimentos y/o preparaciones para la prevención de enfermedades y malnutrición, siendo las

principales sugerencias: colada de machica con leche, granadilla, manzana, leche de chiva, hígado de pollo, leche de vaca con pasas. Finalmente un 7% manifestaron la creencia del apresuramiento del habla otorgado principalmente a alimentos como: frutilla enserenada, granadilla, uvas.

Científicamente no se ha encontrado material con fundamentos que afirmen o rechacen dichas creencias, por lo que no se puede hablar de que las prácticas de las madres tengan un correcto argumento, lo que sí es cierto y se puede tomar como un fundamento es que una buena nutrición (completa, suficiente, adecuada y equilibrada) es un elemento fundamental de la buena salud, mientras que una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico, mental, y por ende la productividad, considerando que la tasa de mayor crecimiento del cerebro humano ocurre en el último trimestre del embarazo y los primeros 2 años de vida extrauterina.

Gráfico 10: EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA EN EL IESS EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013.



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

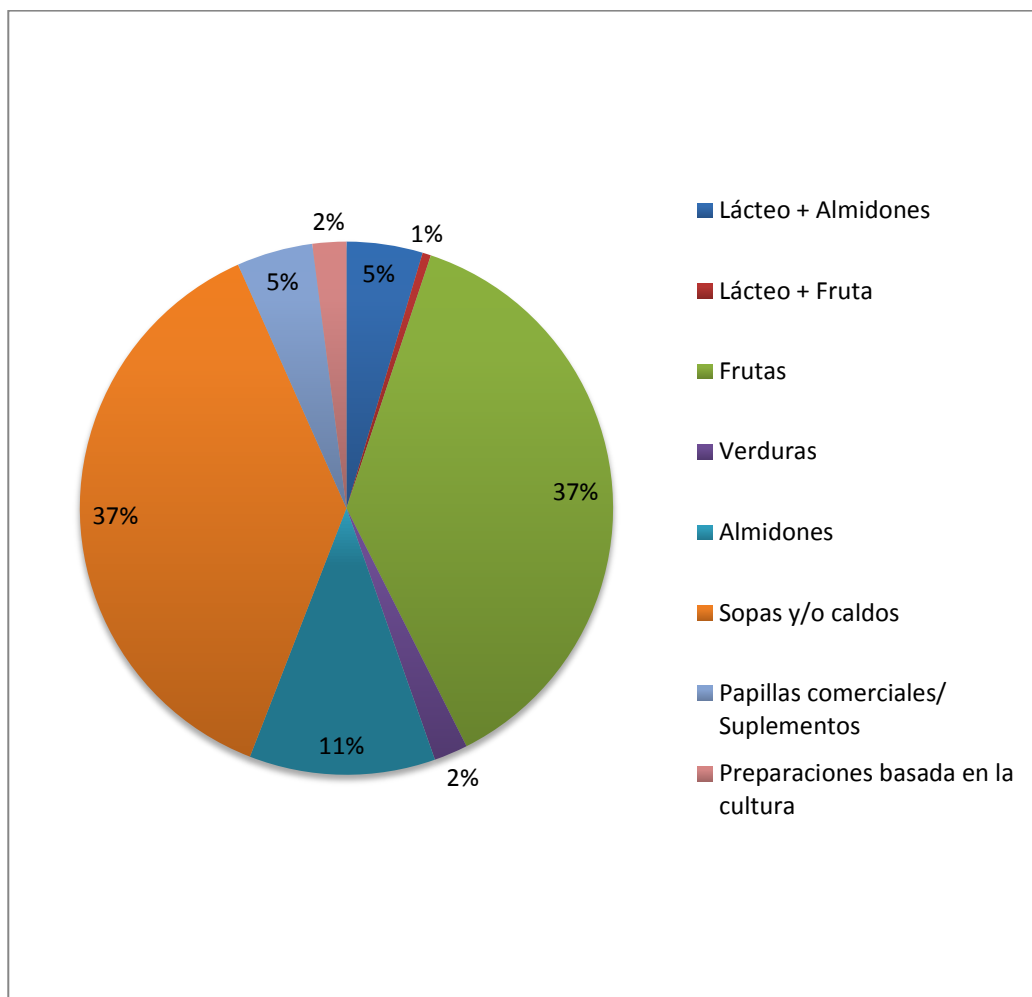
Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

El 49% de madres encuestadas manifestaron haber iniciado la alimentación complementaria en su niño/a a los 6 meses de edad, siendo esta considerada como la edad adecuada según los requerimientos nutricionales y de desarrollo del niño (Franco, E. 2004). Sin embargo, se pudo observar un significativo 34% de madres, cuyo inicio de la alimentación complementaria en su niño/a lo realizaron a una edad menor a los 6 meses, siendo su principal razón los problemas y/o circunstancias que dificultaban o impedían continuar o culminar con el tiempo recomendado de lactancia materna exclusiva; dicha edad de introducción de alimentos es asociada con una serie de desventajas y efectos adversos, siendo el principal, el desarrollo de enfermedades alérgicas (Olmos, 2008). Un menor número de madres (17%) manifestaron el inicio de la alimentación complementaria a una edad mayor de seis meses, siendo esta edad poco recomendable según Jiménez, C. (2008), quien señala que uno de los mayores riesgos de una alimentación complementaria tardía es la malnutrición por un aporte insuficiente de energía y nutrientes, lo cual va a repercutir en el crecimiento y desarrollo del niño y niña.

Según la encuesta ENSALUT realizada por el MSP en el año 2012, en el Ecuador, la prevalencia de desnutrición en niños y niñas menores de 2 años es del 24% y la duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses es un 43,8%, sin embargo, información más detallada se encuentra en la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil, ENDEMAIN (2004), que arroja datos específicos sobre la duración promedio de la lactancia materna, indicando que está es más alta en el área rural que en la urbana, particularmente mayor en la Sierra que en la Costa, con una duración promedio a nivel nacional de la lactancia materna exclusiva de 2,7 meses.

La alimentación complementaria, ocurre más temprano que lo recomendado. Al acumular estos porcentajes con los de la lactancia exclusiva, el 58.0% de los menores de seis meses de edad reciben lactancia completa (lactancia materna junto con otros líquidos pero sin el uso de otras leches), el resto no está siendo lactado o recibe otros alimentos no recomendados para los niños en esas edades; tales cifras están lejos de las recomendaciones.

Gráfico 11: PRIMER ALIMENTO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013.



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

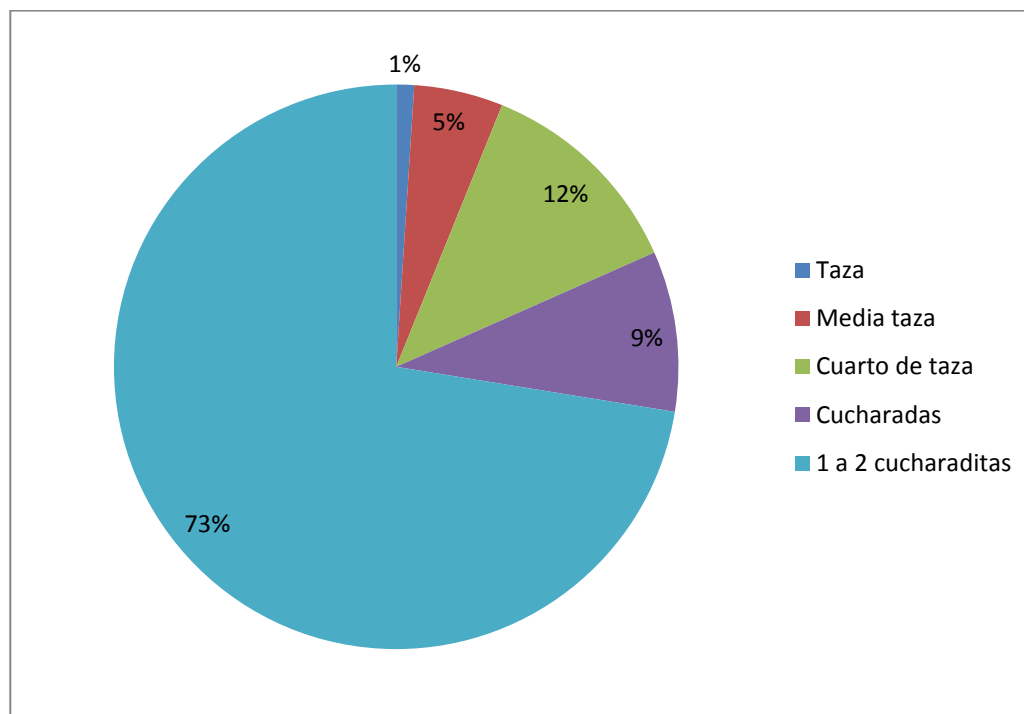
Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

El 37% de madres encuestadas manifestaron haber iniciado la alimentación complementaria en su niño y niña con papillas y/o purés de frutas, haciendo referencia en su mayoría a frutas como la manzana y plátano; un mismo número de madres iniciaron la alimentación complementaria con sopas y/o caldos, mismos que la mayoría de madres aseguraron que eran preparaciones realizadas para la madre posterior al parto para su recuperación, así como también se creía que el dar estos alimentos otorgaba ciertos beneficios al infante; otro grupo de madres, por su lado indicaron que esta preparaciones eran otorgadas al niño porque era él quien lo demandaba al ver a su madre ingerirlos. Un

menor grupo de madres (11%) iniciaron la alimentación en su niño o niña con almidones, siendo estos preparados en forma de coladas, principalmente. Otro grupo de madres iniciaron la alimentación complementaria con combinaciones de alimentos, almidón con lácteos (5%), otras madres iniciaron con papillas comerciales o suplementos (5%), de los que destacan, ensure, pediasure, ensoy, NAN; un 2% de las madres mencionaron a las papillas y/o purés de verduras y a preparaciones basadas en la cultura, como el primer alimento, destacándose en estas últimas preparaciones para el fortalecimiento de algún órgano, principalmente el estómago del niño o niña.

Es importante que la edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna, sea fundamentada en la capacidad funcional del niño, la maduración gastrointestinal y renal, evitando que ésta no se realice ni antes ni después de lo recomendado, procurando que dicho proceso sea gradual y que se ajuste a las necesidades del niño y niña, tal como lo describe Aurora Lázaro Almarza y Benjamín Martín Martínez (n/f) **(Ver Tabla 5)**.

Gráfico 12: CANTIDAD DE INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013.

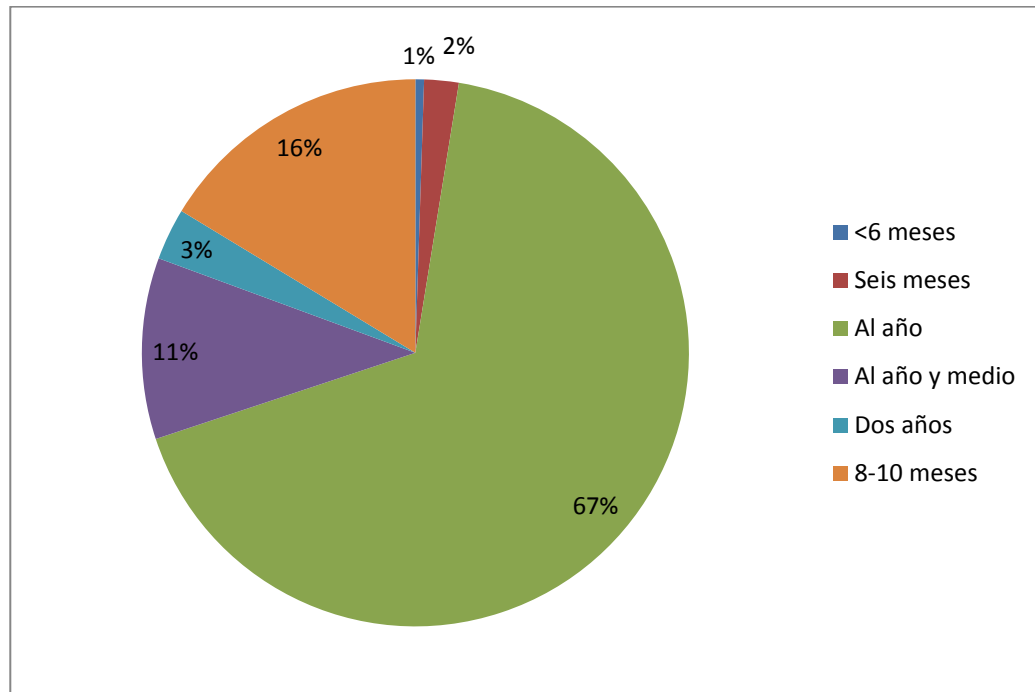


Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

El 73% de madres encuestadas indicaron a 1-2 cucharaditas, como la cantidad de alimento con el que se inicio la alimentación complementaria, cantidad recomendada según Flores, Martínez, Toussaint, Adell, Copto (2006), quienes indican que la cantidad de inicio de un alimento nuevo es de 10-15 g/día, lo que equivaldría a 2-3 cucharaditas, volumen que debe ser administrado tres días para ver su tolerancia. Otro porcentaje de madres manifestaron que la cantidad del primer alimento que dieron a su niño o niña, fue de cuarto de taza (9%), media taza (5%), y en menor número, una taza (1%), siendo estas cantidades determinadas por el instrumento en el que se entregaba los alimentos al niño, refiriéndose específicamente al uso de biberones.

Gráfico 13: EDAD DE CONSUMO DE TODOS LOS ALIMENTOS DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO- SEPTIEMBRE 2013.



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

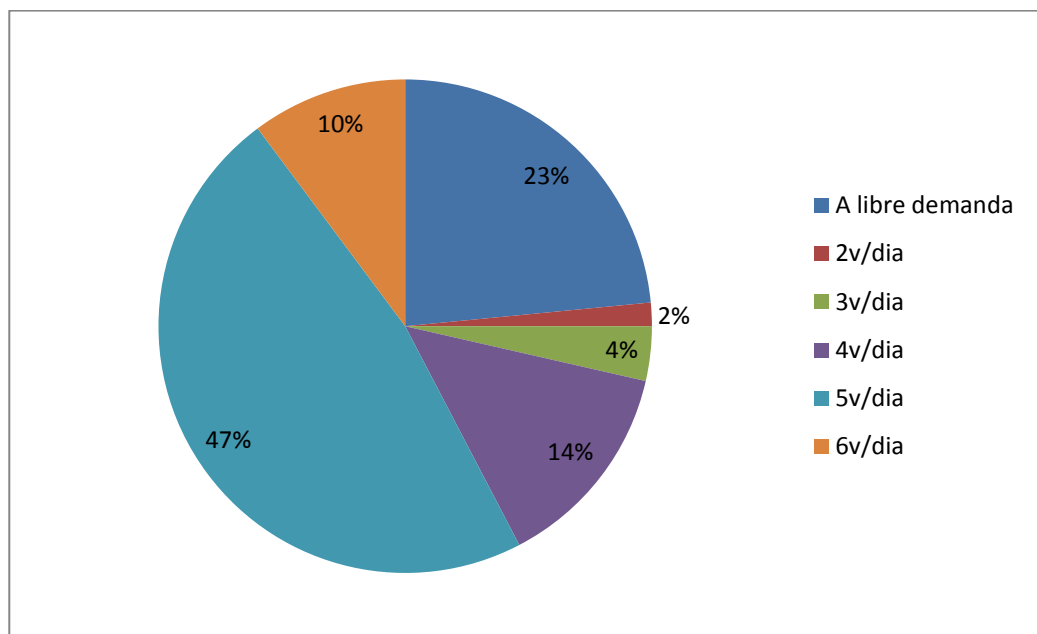
Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

El gráfico muestra una incorporación de todos los alimentos a una edad mayor a un año (11%) o igual a un año de edad (67%), edad que según, Wilson D. y Silvana D. (s/f), mencionan la importancia de integrar al niño a la mesa familiar, manejando un mismo esquema y horarios de comida de los adultos, con tres comidas principales y al menos 1 ó 2 refrigerios, sin embargo la consistencia la dependerá del nivel de desarrollo (triturado, molido o en puré, trozos pequeños).

Por otro lado, un importante grupo (16%) manifestaron el consumo de todos los alimentos en sus niños y niñas a una edad de 8 a 10 meses de edad. Mientras que un mínimo número de madres señalaron como edad de consumo de todos los alimentos a los 2 años (3%), atribuyendo como causa a la dificultad de quitar el seno al niño y/o actitud de aversión ante cualquier alimento diferente al seno materno; y seis meses de edad (2%), en este caso las madres manifestaron la necesidad de dejar a su hijo o hija al cuidado de otras personas por motivo de reincorporación al trabajo y/o formación

académica, por lo que les resultaba imposible llevar y vigilar una alimentación adecuada en sus niños y niñas.

Gráfico 14: FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013.

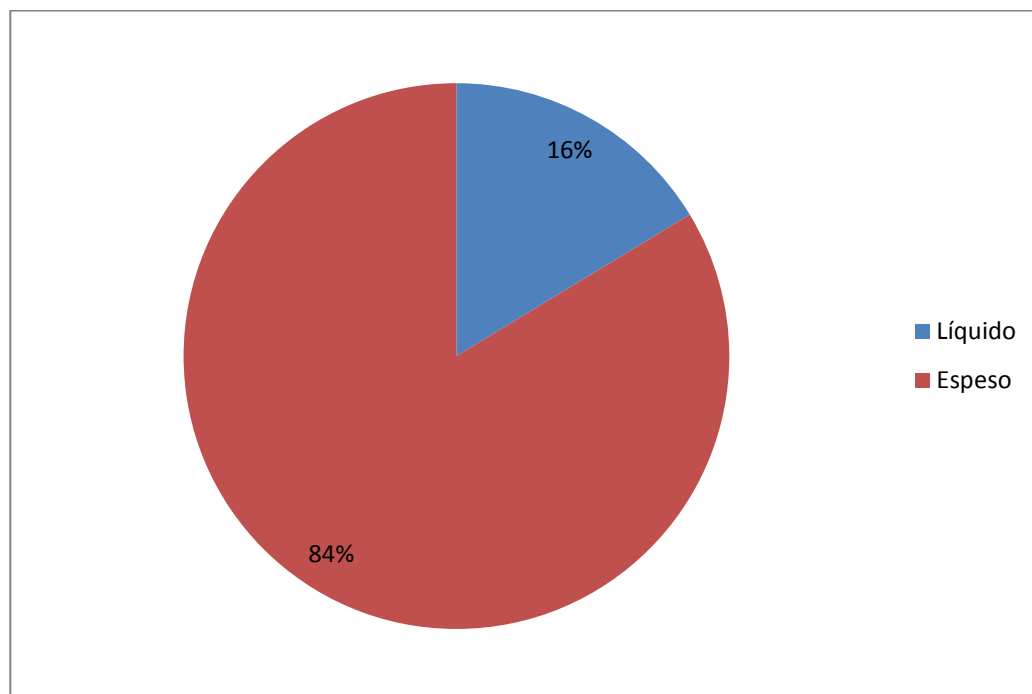


Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2013), el número de comidas en la alimentación complementaria debe aumentar en relación a la edad del niño o niña, así tenemos: dos a tres comidas al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro comidas al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario. Los resultados de la investigación mostraron que un 47% de infantes consumen 5 comidas/día, frecuencia que se ajusta a la recomendación para el grupo de edad de la población de estudio (12 a 24 meses de edad); sin embargo un significativo número de madres (23%), manifestaron otorgar a su niño alimentos cada vez que él lo requiera. Por otra parte, un grupo de madres manifestaron que su niño/a consumía 6 comidas/día (10%), teniendo en cuenta el biberón que el niño consumía durante la noche y/o madrugada; un 14% de niños consumía 4 comidas/día, siendo la comida que se omitía el refrigerio de la tarde, en su mayoría porque los niños merendaban y se acostaban temprano.

Gráfico 15: CONSISTENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013.

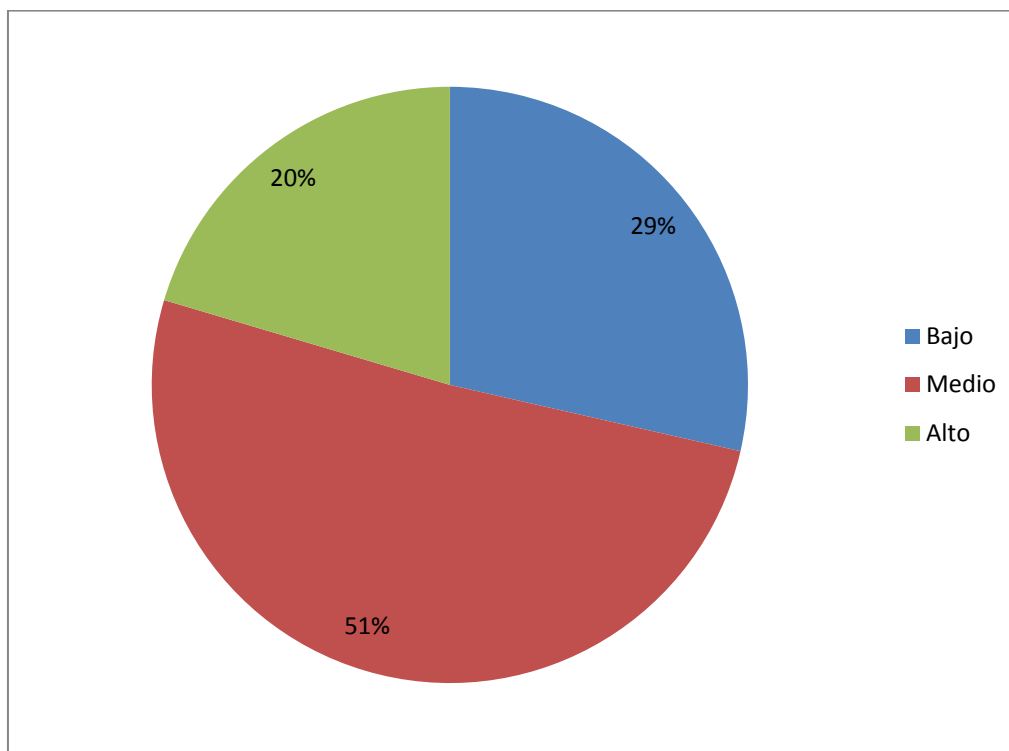


Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

Según Flores, Martínez, Toussaint, Adell, Copto (2006), la consistencia de los alimentos debe favorecer la digestión y absorción, teniendo en cuenta que la transición alimentaria parte de una consistencia líquida, que es la que el niño conoce, a una consistencia sólida, por lo que se recomienda que la introducción de alimentos sea gradual con una progresión de alimentos en puré, papillas, picados y trozos pequeños. Un 84% de las madres encuestadas, indicaron que la consistencia de los alimentos que consumían sus hijos e hijas eran espesos, siendo pocas las madres que preferían una consistencia líquida de los mismos.

Gráfico 16: NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO-SEPTIEMBRE 2013.

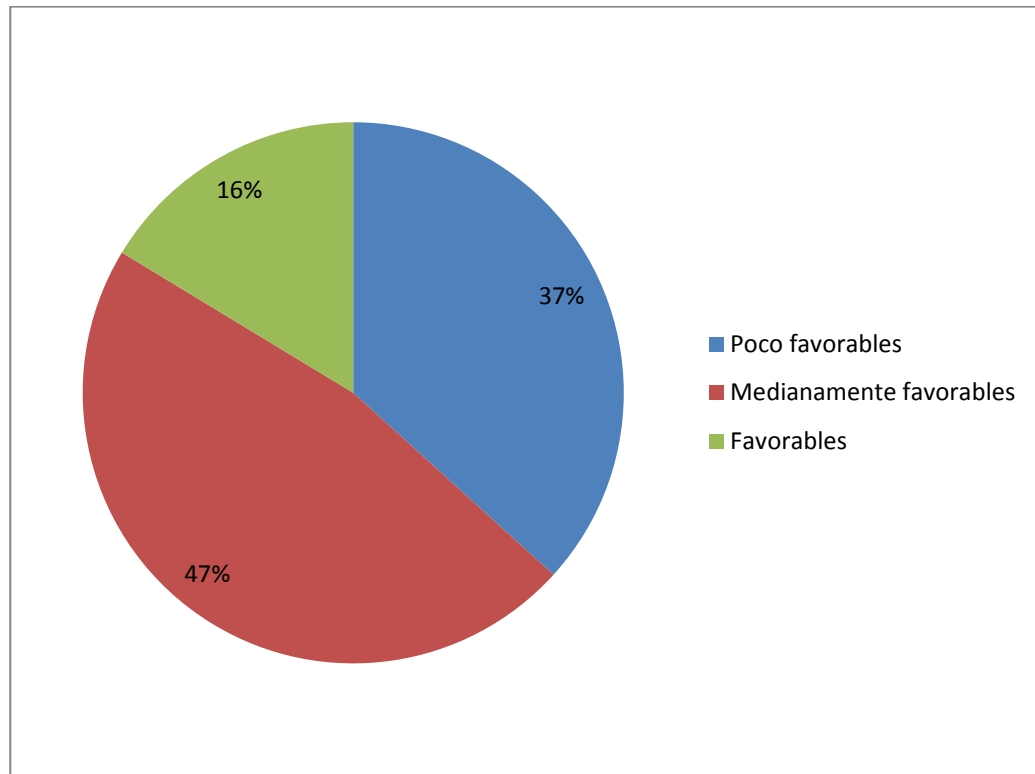


Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

Según, Peter, B. (2005), considera al conocimiento como sinónimo de información e incluye su medición en acción con valor agregado, generando un sistema de integración entre ideas, fundamentos y acción. Según la escala de Statones se midió el nivel de conocimientos, cuyos resultados muestran un mayor número de madres (51%), con un nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria de categoría media; mientras que un 29% de madres presentaron un nivel bajo de conocimientos bajo sobre el tema y un 20% un nivel alto, siendo evidente la necesidad de educación nutricional sobre el tema, ya que la falta de información repercute en el nivel de prácticas que la madre tenga al respecto, sin ser este el único determinante.

Gráfico 17: NIVEL DE PRÁCTICAS DE LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013.

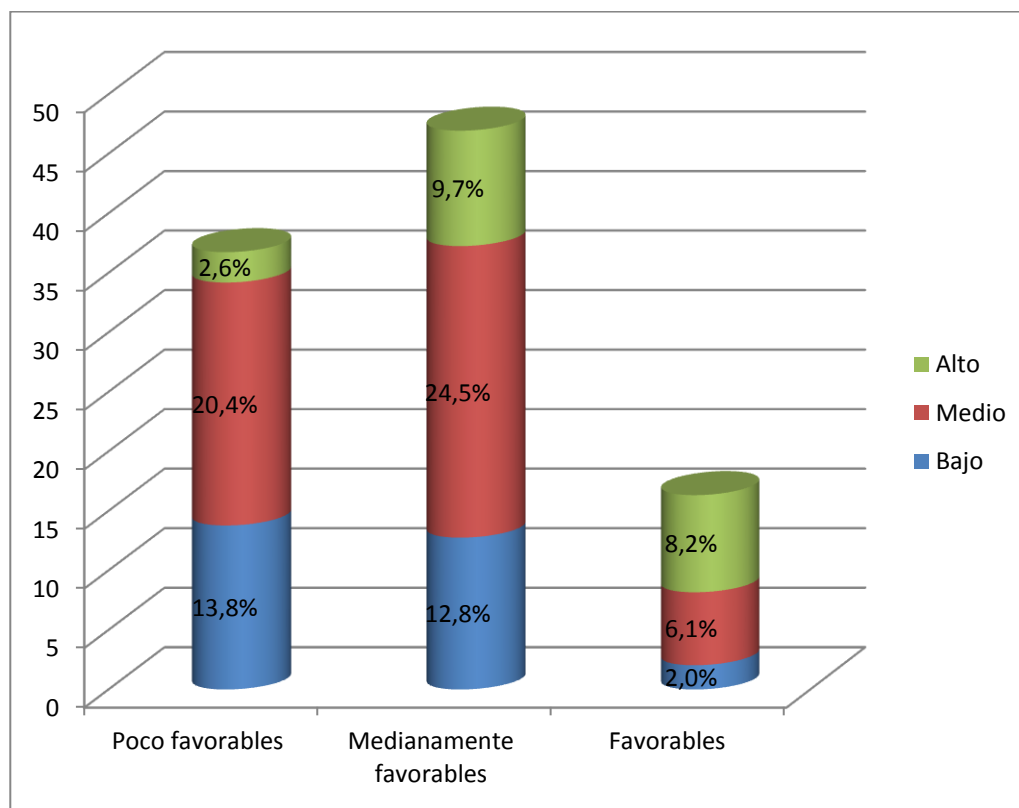


Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

El nivel de prácticas de las madres de acuerdo a la encuesta realizada y a la escala de Statones muestra que la mayoría de mujeres (47%), realiza prácticas medianamente aceptables; por otro lado, las prácticas de alimentación complementaria de un 37% de madres fueron poco favorables, mientras que un 16% de madres tenían un nivel de prácticas catalogadas como favorables, dichos resultados pueden ser relacionados directamente con el nivel de conocimiento así como también el nivel de instrucción de las madres, considerando estos como factores que influyen directamente en las prácticas.

Gráfico 18: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EL NIVEL DE PRÁCTICAS DE LAS MADRES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013.

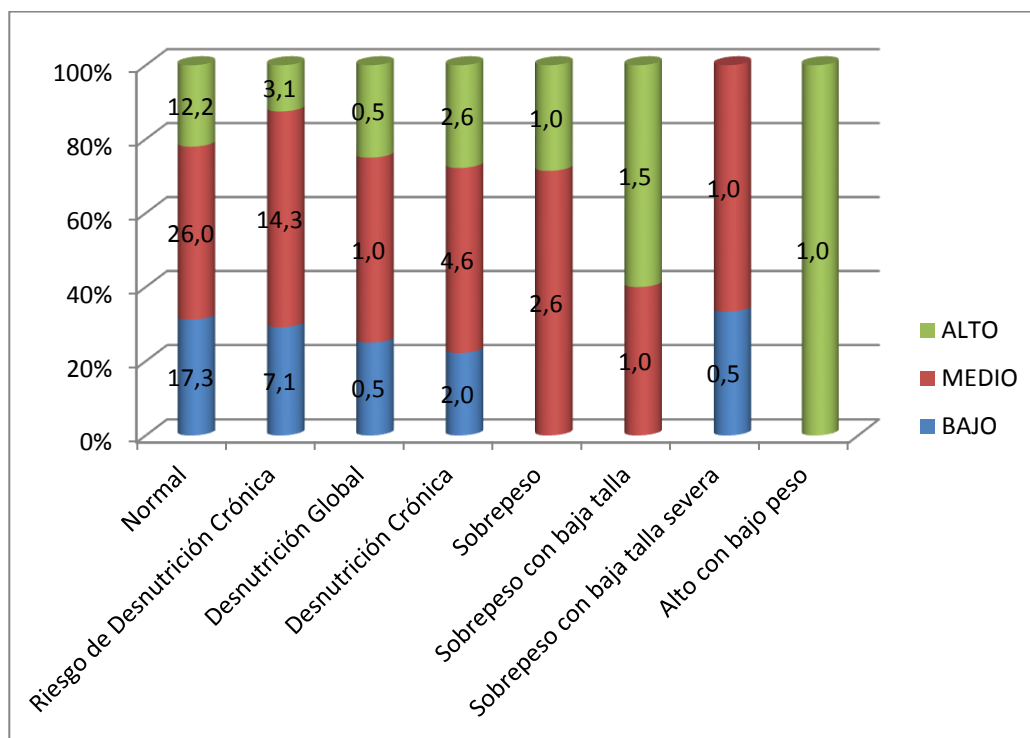


Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

Se determinó la asociación entre el nivel de conocimientos y el nivel de prácticas, mientras más alto sea el nivel de conocimientos más favorables serán las prácticas; mientras más bajo sea el nivel de conocimientos, poco o medianamente favorables serán las prácticas de esa madre; dicha situación muestra que mientras más conocimiento tenga la madre sobre el tema de alimentación complementaria, mejores serán sus prácticas en cuanto a tipo de alimento, cantidad, edad de introducción y por ende mejores resultados se evidenciarán en el niño y niña, tanto en su crecimiento como desarrollo, de ahí la importancia de una adecuada, suficiente y oportuna educación nutricional a las madres.

Gráfico 19: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013.

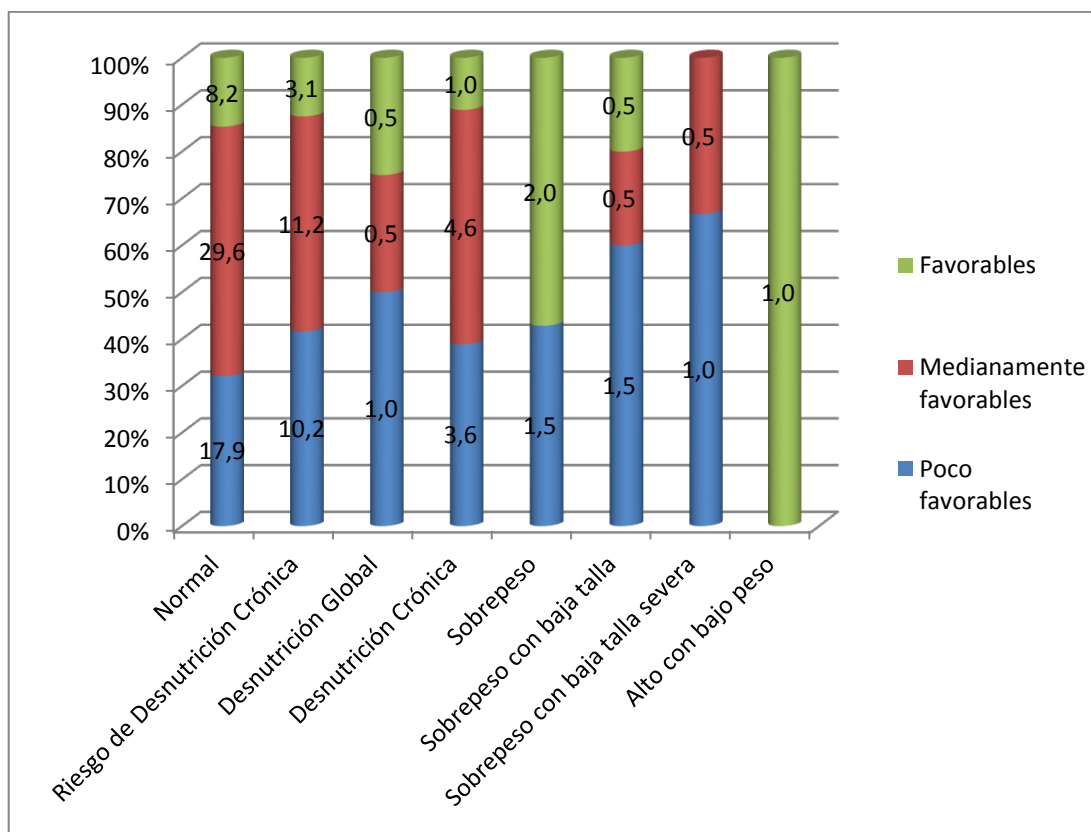


Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

Tras el análisis del estado nutricional de cada niño y niña y el nivel de conocimientos de sus respectivas madres se observa que el mayor número de niños con estado nutricional normal y estados nutricionales por déficit (riesgo de desnutrición crónica, desnutrición global y desnutrición crónica), son hijos de madres cuyo nivel de conocimientos es medio, seguido por las madres con nivel de conocimientos bajo y luego por las madres con nivel de conocimientos alto. Por el contrario, los niños y niñas que presentaron estados nutricionales por excesos, se observa que en su mayoría son hijos de madres cuyo nivel de conocimientos es medio y alto, siendo el nivel de conocimiento bajo poco representativo. El nivel de conocimientos alto predominó en niños y niñas con estado nutricional alto con bajo peso así como también en los niños y niñas con sobrepeso y baja talla, asumiéndose en el primer caso el padecimiento de alguna patología aguda reciente.

Gráfico 20: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE PRÁCTICAS DE LAS MADRES Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS INFANTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013.



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IESS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

En virtud del análisis de la relación entre prácticas alimentarias de la madre sobre el niño y el estado nutricional de éste, se muestra un predominio del nivel de prácticas poco favorables en la mayoría de estados nutricionales, siendo la única excepción el estado nutricional alto con bajo peso, en el cual predomina un nivel de prácticas favorables. El nivel de prácticas medianamente favorables predomina en los niños y niñas con estado nutricional normal, riesgo de desnutrición crónica y esta como tal. Los niños y niñas con desnutrición global predominan en madres cuyo nivel de prácticas es poco favorable. En los niños y niñas con sobrepeso únicamente se evidencia un nivel de prácticas poco favorables y favorables, siendo éstas últimas las más representativas. En

el caso de niños y niñas con sobrepeso con baja talla y baja talla severa predominan las madres con nivel de prácticas poco favorables.

Tabla 4: RELACIÓN DEL TIPO DE MENÚ DIARIO CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL IESS LATACUNGA EN EL PERÍODO JUNIO – SEPTIEMBRE 2013.

| COMIDA | ESTADO NUTRICIONAL | | |
|--------------|------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | NORMAL | DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y RIESGO DE D.C | SOBREPESO Y SOBREPESO CON BAJA TALLA |
| DESAYUNO | Lácteos | Lácteos | Lácteos |
| | Cereales y/o almidones | Cereales y/o almidones | Cereales y/o almidones |
| | Huevo y/o carnes | | |
| | | | |
| MEDIA MAÑANA | Frutas | Frutas | Frutas |
| | | | |
| ALMUERZO | Cereales y/o almidones | Cereales y/o almidones | Cereales y/o almidones |
| | Huevo y/o carnes | Huevo y/o carnes | Huevo y/o carnes |
| | Verduras | Verduras | Frutas |
| | Frutas | Frutas | |
| | | | |
| MEDIA TARDE | Cereales y/o almidones | Lácteos | Lácteos |
| | | Cereales y/o almidones | Cereales y/o almidones |
| | | | |
| | | | |
| MERIENDA | Lácteos | Cereales y/o almidones | Lácteos |
| | Cereales y/o almidones | Huevo y/o carnes | Cereales y/o almidones |
| | Huevo y/o carnes | Verduras | Huevo y/o carnes |
| | Verduras | | Verduras |

Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden a Consulta externa de Pediatría en el Hospital del IEISS de la ciudad de Latacunga en el período Junio -Septiembre del 2013.

Elaborado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE 2013.

El ejemplo de menú similar en los niños y niñas que compartían un mismo estado nutricional nos muestra que en la población infantil con estado nutricional normal, se puede observar un consumo aceptable de alimentos de los diferentes grupos en el desayuno, siendo el único faltante para lo recomendado en esta comida el grupo de las frutas, mientras que en los niños y niñas con desnutrición crónica o riesgo de la misma así como también los niños y niñas con sobrepeso y baja talla a mas de esta ausencia se observa la de una fuente proteica, siendo está vinculada directamente con el crecimiento, por lo que se puede asumir a este faltante como responsable de su estado nutricional, así

como también un consumo en exceso de los otros alimentos ricos en carbohidratos. Con respecto al refrigerio de la mañana se evidencia un predominio del consumo de frutas en los tres grupos de niños y niñas. En relación al almuerzo, tanto en los niños y niñas con estado nutricional normal así como los niños y niñas con desnutrición crónica o riesgo de la misma, existe una misma combinación de alimentos energéticos, formadores y reguladores, mientras que en el grupo de los niños y niñas con sobrepeso se evidencia una ausencia del grupo de las verduras, cabe recalcar que en los tres grupos el consumo de verduras era mínimo y en el último grupo es ausente, ya que la idea de su consumo estaba más orientado a las verduras utilizadas como base de preparaciones o refrito. Con respecto al consumo del refrigerio de la tarde, se puede notar una preferencia en esta comida por alimentos del grupo de almidones y los lácteos, siendo esta la combinación de alimentos preferida por los niños y niñas con estado nutricional de desnutrición crónica y riesgo así como también en los niños con sobrepeso. En relación a la merienda, se puede observar la combinación de lácteos, cereales, carnes y verduras en los niños y niñas con estado nutricional normal y sobrepeso, mientras que en los niños con desnutrición crónica o riesgo se puede ver la ausencia de un alimento lácteo por las noches.

PRUEBA ESTADÍSTICA PARA LA COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Prueba de la independencia para variables de tipo nominal; a través del uso de tablas de contingencia (tablas cruzadas obtenidas a través del estudio), se identifica las variables nominales que se supone están relacionadas, y se plantea la prueba chi cuadrado de la independencia que tiene los siguientes pasos:

Ho: las variables nominales son independientes una de otra

Ha: las variables nominales no son independientes (los cambios en la variable independiente, generan cambios en la variable dependiente).

Se aplica la siguiente fórmula estadística para obtener el valor del estadístico de prueba:

$$X^2_{\text{estadístico}} = \sum \frac{(\text{frecuencia observada} - \text{frecuencia esperada})^2}{\text{frecuencia esperada}}$$

Donde la frecuencia observada, proviene de los resultados del estudio y el cruce de variables y la frecuencia esperada obedece a la siguiente formulación:

$$\text{Frecuencia esperada } 1 = \frac{\text{total columna } 1 \times \text{total fila } 1}{\text{datos totales}}$$

Este parámetro estadístico se compara con el valor de la significación que, a menos que se determine otra cosa vale 0.05 (5% de significación o prueba con una seguridad del 95%), para determinar el valor p de la prueba se aplica la siguiente formulación:

$$p - \text{value} = \text{distr. chi}(X^2_{\text{estadístico}}; gl)$$

Donde los gl equivalen a:

$$gl = (\text{número de filas} - 1) \times (\text{número de columnas} - 1)$$

El criterio de decisión implica que:

Si $p\text{-value} < 0.05$; rechazo H_0 , acepto H_a

Si $p\text{-value} > 0.05$; acepto H_0

Donde aceptar H_0 , implica que no existen diferencias entre las variables de interés utilizadas y aceptar H_a , significa que las variables en análisis están relacionadas; mientras más cercano a cero sea el $p\text{-value}$, más fuerte es la relación entre las dos variables analizadas.

Una vez analizada la figura estadística a usar para llevar a cabo la prueba estadística competente para el presente estudio, se identifica las variables a cruzar para llevar a cabo la comprobación de la hipótesis, en este sentido, se desglosa la misma en sus variables componentes:

“El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres en el tema de alimentación complementaria influyen directamente en el estado nutricional del niño/a de 1 a 2 años de edad.”

Se puede observar que las variables relacionadas en el presente estudio son:

- Variable independiente: nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el tema alimentación complementaria.
- Variable dependiente: Estado nutricional del niño de 1 a 2 años de edad

Sin embargo, se estableció a lo largo del estudio una relación previa entre:

- Variable independiente: nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en el tema alimentación complementaria.
- Variable dependiente: Prácticas alimentarias

Es decir, a través del estudio se relacionaron las prácticas alimentarias (favorables, medianamente favorables y poco favorables) con el nivel de conocimientos de la madre y, a través de estos se relacionan las siguientes variables:

- Variable independiente: Prácticas alimentarias
- Variable dependiente: Estado nutricional del niño de 1 a 2 años de edad

Esto porque el estado nutricional es consecuencia directa de las prácticas alimentarias y estas a su vez de los conocimientos alimentarios; en este entorno, las pruebas estadísticas a realizar se desarrollan con el fin de establecer una relación entre los conocimientos y las prácticas y la validez de esta relación conducirá a determinar la

relación entre las prácticas y el estado nutricional, de este modo se espera concluir que los conocimientos influyen en el estado nutricional, el proceso se muestra a continuación:

Frecuencias Observadas

| | NIVEL DE CONOCIMIENTOS | | | |
|-------------------------|------------------------|-------------|------------|-------|
| NIVEL DE PRÁCTICAS | Nivel Bajo | Nivel Medio | Nivel Alto | Total |
| Poco favorables | 27 | 40 | 5 | 72 |
| Medianamente favorables | 25 | 48 | 19 | 92 |
| Favorables | 4 | 12 | 16 | 32 |
| Total | 56 | 100 | 40 | 196 |

Frecuencias Esperadas

| | NIVEL DE CONOCIMIENTOS | | |
|-------------------------|------------------------|-------------|-------------|
| NIVEL DE PRÁCTICAS | Nivel Bajo | Nivel Medio | Nivel Alto |
| Poco favorables | 20,57142857 | 36,73469388 | 14,69387755 |
| Medianamente favorables | 26,28571429 | 46,93877551 | 18,7755102 |
| Favorables | 9,142857143 | 16,32653061 | 6,530612245 |

X Estadístico: 26,55400966

2,443E-05 Menor que 0,05.

Si existe relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas alimentarias.

Frecuencias observadas

| | ESTADO NUTRICIONAL | | | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------|-----------|--------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------|
| CONOCIMIENTOS/PRACTICAS | Normal | Riesgo de Desnutrición Crónica | Desnutrición Crónica | Desnutrición Global | Sobrepeso | Sobrepeso con baja talla | Sobrepeso con baja talla severa | Alto con Desnutrición severa | Total |
| Bajo-Medio-Alto/ Poco favorables | 35 | 20 | 7 | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 | 72 |
| Bajo-Medio-Alto/Medianamente favorables | 58 | 22 | 9 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 92 |
| Bajo-Medio-Alto/Favorables | 16 | 6 | 2 | 1 | 4 | 1 | 0 | 2 | 32 |
| Total | 109 | 48 | 18 | 4 | 7 | 5 | 3 | 2 | 196 |

Frecuencias esperadas

| CONOCIMIENTOS/PRACTICAS | ESTADO NUTRICIONAL | | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------|------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| | Normal | Riesgo de Desnutrición Crónica | Desnutrición Crónica | Desnutrición Global | Sobrepeso | Sobrepeso con baja talla | Sobrepeso con baja talla severa | Alto con Desnutrición severa |
| Bajo-Medio-Alto/ Poco favorables | 40,04081633 | 17,63265306 | 6,612244898 | 1,469387755 | 2,57142857 | 1,83673469 | 1,102040816 | 0,734693878 |
| Bajo-Medio-Alto/Medianamente favorables | 51,16326531 | 22,53061224 | 8,448979592 | 1,87755102 | 3,28571429 | 2,34693878 | 1,408163265 | 0,93877551 |
| Bajo-Medio-Alto/Favorables | 17,79591837 | 7,836734694 | 2,93877551 | 0,653061224 | 1,14285714 | 0,81632653 | 0,489795918 | 0,326530612 |

X estadístico: 27,27572525

0,01772404 Menor que 0,05

Por lo tanto:

Los conocimientos sobre prácticas alimentarias influyen sobre el estado nutricional.

CONCLUSIONES

- Se realizó una prueba estadística, utilizada para comprobar la hipótesis del estudio, la cual refleja que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimientos sobre el tema y las prácticas desarrolladas por las madres, sin embargo estas a su vez tienen una menor relación con el estado nutricional del niño/a, considerando que este no solo depende de la alimentación, sino que es un estado resultado de varios componentes, por lo que es susceptible a otros factores, tales como el estado de salud.
- Al evaluar todas las medidas antropométricas, se obtuvo un mayor porcentaje de infantes con estado nutricional normal, seguido de un grupo importante de niños y niñas con riesgo de desnutrición crónica o la misma como tal, en menor cantidad se encontró niños y niñas con sobrepeso, sobrepeso con baja talla y con baja talla severa, lo que refleja una alimentación inadecuada para niños y niñas de esta edad.
- Del total de madres encuestadas se encontró que un poco más de la mitad de ellas tienen un nivel de conocimientos medio sobre el tema de alimentación complementaria, en menor proporción están el grupo de madres con nivel de conocimientos bajo, seguidos finalmente por las madres con nivel de conocimientos alto. El mayor conocimiento que existe sobre alimentación complementaria se relaciona con la edad de inicio, entorno durante la alimentación, cantidad, consistencia, higiene, beneficios físicos. El nivel medio de conocimientos se relaciona con la frecuencia. El nivel bajo de conocimientos se relaciona con la definición, preparación mas nutritiva.
- Al finalizar la investigación, se observó que el mayor número de madres desarrollaron prácticas medianamente favorables en cuanto a la alimentación complementaria en sus niños y niñas, seguido del grupo de madres que desarrollaron prácticas poco favorables y finalmente se encuentran el grupo de madres con prácticas favorables. Cabe recalcar que el nivel de prácticas poco favorables se evidencia en todos los estados nutricionales asociados con el nivel de conocimientos medio y bajo que se encontró en la mayoría de madres.
- El nivel de prácticas de las madres en la implementación de la alimentación complementaria está directamente relacionado con el nivel de conocimientos que

la madre tenga sobre el tema, sin ser este el único determinante, convirtiendo la consejería nutricional sobre la alimentación complementaria en un punto crítico a tomar en cuenta en los programas de educación y promoción de salud.

- Además del conocimiento que las madres tengan sobre el tema de alimentación complementaria, se puede notar una gran influencia de otros factores, siendo estos, las situaciones adversas que impiden a la madre concluir con el período de lactancia materna recomendado, refiriéndose principalmente como condicionante a la reincorporación al trabajo y/o actividades normales; las creencias que existen sobre el tema, refiriéndose a los beneficios otorgados al consumo de determinados alimentos a una determinada edad.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la información, fruto de esta investigación sirva como base para docentes, estudiantes e investigadores en el campo de salud de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador participen en la formulación y ejecución de proyectos de educación nutricional enfocados a enseñar el proceso que involucra la transición alimentaria de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria, recalcando la importancia y los beneficios de su cumplimiento.
- Es importante que en el proceso de asesoría nutricional sobre alimentación complementaria se tome en cuenta como punto crítico las creencias ancestrales y culturales que existen sobre el tema, promoviendo la adopción de conductas alimenticias saludables.
- Es también importante que los niños acudan a consultas periódicas con los pediatras y que estos empiecen a involucrar al profesional nutricionista como parte del equipo integral encargados del cuidado y salud de los niños para mejorar el estado nutricional y por lo tanto el estado de salud de la población infantil, y de esta forma evitar repercusiones negativas en el futuro.
- Se recomienda organizar grupos de información, promoción y prevención de salud que aumenten la difusión sobre este tema, tanto en áreas urbanas como rurales, ya que actualmente poco o nada se habla de alimentación complementaria, siendo este proceso crucial en el desarrollo físico e intelectual del niño y niña.

BIBLIOGRAFÍA

- Abeyá, Calvo, Durán, Longo, Mazza, Ministerio de Salud de la Nación de Argentina, y OPS/OMS. (2009). ***Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría***. Recuperado: 11/06/2012. Disponible en <http://URL. www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/manual-nutricion-press.pdf>
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, 2001). Practicas recomendadas para mejorar la nutrición de los lactantes durante los primeros seis meses de vida. Proyecto LINKAGES. ***Programa de Lactancia Materna, alimentación complementaria y nutrición materna***. Recuperado, 06/06/2012. Disponible en <http://URL. www.linkagesproject.org/media/publications/facts%20for%20feeding/FFF0-6sp.pdf>
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, 2002). ***Lactancia Materna Exclusiva: La Única Fuente de Agua que Necesita un Bebé***. Proyecto LINKAGES. Programa de Lactancia Materna, alimentación complementaria y nutrición materna. Recuperado, 06/06/2012. Disponible en <http://URL. www.linkagesproject.org/media/publications/frequently%20asked%20questions/FAQWaterSp.pdf>
- Ayala, M. y Oliva, K. (2010). ***Determinantes comportamentales y ambientales relacionados a la práctica de la lactancia materna no exclusiva en madres de niños y niñas menores de 6 meses de edad***, p. 32-22. Localidad: Unidad de Salud Uni centro, El Salvador. Publicado: 05/2010. Recuperado: 17/06/2012. Disponible en: <http://URL. ri.ues.edu.sv/149/>
- Bove y Cerruti (2007 p.11). ***Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria***. Montevideo. Recuperado: 04/04/2013. Disponible en: http://URL. www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Encuesta_de_lactancia.pdf
- Callo, G. (2009). ***Conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición en niños menores de 5 años en madres participantes y no participantes de sesiones***

educativas en Paucará- Huancavelica. Tesis de pregrado publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima- Perú.

Cárdenas, L. (2010). ***Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita 2009.*** Tesis de pregrado publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima- Perú.

Castañeda B. (2007). ***Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, Enero 2007.*** Tesis de pregrado publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima- Perú.

Centro de Estudios de población y Desarrollo social (CEPAR, 2004). *Encuesta demográfica y de Salud Materno Infantil "ENDEMAIN".* Recuperado 17/06/2012. Disponible en http://URL. www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/01_introduccion.pdf

Contreras, M. (Lima, 2005, p. 7). ***Norma técnica para la valoración nutricional antropométrica del niño menor de cinco años.*** Recuperado: 07/06/2012. Disponible en: www.mrs.prosynergy.org.pe/trabajamrs/l_descarga.php?ruta...pdf

Daza, W. y Dadán, S (n/f). ***Alimentación Complementaria en el primer año de vida. PRECOP. Vol. 8. Nª 4.*** Recuperado: 31/05/2012. Disponible en http://URL. http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_8_vin_4/alimentacion_complementaria_1ano_vida.pdf

El Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador y Moya Torres (2010). ***Atlas Alimentario de los pueblos indígenas y afro descendientes del Ecuador: Costa, Sierra y Oriente.***

Flores, S. Martínez, G. Toussaint, G. Adell-Gras y A. Copto, A. (2006). ***Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases técnicas.*** p. 133-134. Publicado: 04/2006. Recuperado: 03/04/2013. Disponible en: <http://URL. www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2006/hi062h.pdf>.

Franco, E. (2004 a). ***Alimentación Complementaria del Lactante.*** Unidad de Nutrición Depto. Pediatría y Cuidado Infantil. Recuperado: 11/06/2012. Disponible en: www.med.ufro.cl/.../clases/.../ALIM.%20COMPLEMENTARIA.doc

- Franco, E. (2004 b). **Alimentación y destete**. Unidad de Nutrición Depto. Pediatría y Cuidado Infantil. Recuperado: 11/06/2012. Disponible en: www.med.ufro.cl/nutricionydietetica/clases/.../ALIM.%20DESTETE.doc
- Frenk, S **Nutrición del lactante y preescolar en la salud y enfermedad**. p. 27-38. Recuperado: 04/04/2013. Disponible en <http://URL.www.drscope.com/privados/pac/pediatrica/pal2/introali.htm>
- Gamarra R. Porroa M. Quintana M. (Lima 2010, p. 179-183). **Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima**. Recuperado: 28/11/2013. Disponible en: <http://URLwww.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n3/a07v71n3.pdf>
- Garfías, A. Márquez, E. Moreno, F. Bazán, M. (2007). **Factores de riesgo maternos y familiares que influyen en el abandono de la lactancia**. Revista de Especialistas Médico-Quirúrgicas, vol. 2. Nª 1. pp 53-57. Recuperado: 04/06/2012. Disponible en <http://URL.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=47311958009>
- Gómez, A. y Sánchez, M. **Problemas de pecho**. n.f. p. 48-58. *La lactancia materna de madre a madre*. Recuperado: 07/06/2012. Disponible en: <http://URL.www.lactando.org/guia/11.pdf>
- Gómez, L. (2004). **Bases para la alimentación en los primeros dos años de vida**. p. 48-50. Publicado: 10/12/2004. Recuperado 17/06/2012. Disponible en: http://URL.www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_3_vin_4/precop_ano3_mod4_basesalimentacion.pdf
- Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. **Guía de Alimentación del menor de 2 años**. (INTA, n/f). Recuperado en: 10/10/2013. Disponible: http://URL.www.inta.cl/revistas/guia_menor_de_2.pdf
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad social (IESS, 2013). **Estadísticas: Historia laboral**. Recuperado en: 10/10/2013. Disponible en: <http://URL.www.iesse.gob.ec/es/estadisticas>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (INEC, 2010 a). **País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador**. Recuperado: 10/10/2013. Disponible en: http://URL.www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (INEC, 2010 b). **Resultados del censo 2010: Fascículo provincial Cotopaxi**. Recuperado en: 10/10/2013. Disponible en:

http://URL.www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculos_provinciales/cotopaxi.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (INEC, 2010 c). **Análisis: Revista Coyuntural**. Recuperado en: 10/10/2013. Disponible en:<http://URL.www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis.pdf>

Jiménez, C. (2008). **Inicio de la Alimentación Complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden Centro de Salud Fortaleza**. Tesis de pregrado publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima- Perú.

Mahan, L. Kathleen, ed. Nutrición y dietoterapia de Krause. Décima edición. McGraw Hill interamericana. pp 201-210.

Medline plus. **Leche de vaca para los bebés**. Publicado: 02/08/2011. Recuperado: 10/08/2013. Disponible en: <http://URL.www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002448.htm>

Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social (2009). Programa Acción Nutrición. **Una estrategia hacia la Desnutrición Cero**. Recuperado: 20/08/2013. Disponible en: <http://URL.www.desarrollosocial.gob.ec/programa-accion-nutricion/>

Ministerio de Salud pública del Ecuador (2009, a). **Iniciativa mundial sobre tendencias en lactancia materna: Informe nacional**. Recuperado: 17/06/2012. Disponible en: <http://URL.www.worldbreastfeedingtrends.org/report/WBTi-Ecuador-2008.pdf>

Ministerio de Salud pública del Ecuador (2009, b). **Curvas de crecimiento niños/as menores de 5 años de edad**.

Ministerio de Salud y del Ambiente de la Nación de Argentina (2006). **Guías alimentarias para la población infantil. Consideraciones para los Equipos de Salud**. p 13-17. Recuperado: 11/06/2012. Disponible en <http://URL.www.enfermeria.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp79/tc/internacional/ialcom13.pdf>

Moreno, E. (s/f). **Alimentación complementaria: cómo y cuándo**. Recuperado: 03/04/2013. Disponible en: <http://URL.www.lactando.org/guia/17.pdf>

- Oliveira, Nora (2001). ***Lactancia Materna Prolongada: elementos para la reflexión.*** Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil. p 31. Recuperado: 07/06/2012. Disponible en: http://URL.www.ruandi.org.uy/publicaciones/lactancia_materna_prolongada_elementos_para_la_reflexion.pdf
- Olmos, C. ***Dieta Complementaria y el desarrollo de alergias.*** Revista Fundación Cardioinfantil de Bogotá. Vol. 7. Nª 4. p.20. n.f. Recuperado: 31/05/2012. Disponible en: http://URL.www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_7_vin_4/PrecopVol7N4_3.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013 a). ***Programas y proyectos: Alimentación complementaria.*** Recuperado 17/06/2012. Disponible en: http://URL.www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013 b). ***Centro de prensa: Alimentación del lactante y del niño pequeño.*** Recuperado 17/06/2012. Disponible en: <http://URL.www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (Ginebra, 2009). ***Curso de capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del niño. Interpretando los indicadores de crecimiento.*** Recuperado: 10/10/2013. Disponible en: http://URL.www.who.int/childgrowth/training/c_interpretando.pdf
- Piñeros, B. y Camacho, N. (2004). ***Factores que inciden en la suspensión de la lactancia materna exclusiva.*** Orinoquia, año/ volumen 8, numero 001. Recuperado, 11/06/2012. Disponible en <http://URL.redalyc.uaemex.mx/pdf/896/89680102.pdf>
- Rodríguez, C. y Rasco, M. (2007, p.333). ***La alimentación complementaria en el lactante.*** Sevilla. Recuperado: 06/06/2012. Disponible en http://URL.www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/alimentacion_complementaria_lactante.pdf
- Universidad Autónoma de Yucatán (2009). ***Alergia e intolerancias alimentarias.*** Recuperado: 10/04/2013. Disponible en: http://URL.www.dgadp.uady.mx/salud/articulos/n11_12012009/Alergias_e_intolerancias_alimentarias.pdf

William, C. Heird. Conocimientos actuales de la Nutrición. Séptima Edición. Capítulo 38. p 423-430.

Zavaleta, S. (2013). **Relación entre el conocimiento de ladre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño. El objetivo fue determinar la relación entre el conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asisten al consultorio de CRED, en el P.S. Cono norte, 1er trimestre 2012.** Tesis de pregrado publicada. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna- Perú.

ANEXOS

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada madre de familia,

Soy estudiante de la **Pontificia Universidad Católica del Ecuador**, de la carrera de **Nutrición Humana**, estoy llevando a cabo un estudio sobre *“Los factores que determinan la introducción de la Alimentación Complementaria y su repercusión en el estado nutricional del niño/a”* como requisito para obtener mi título de pre grado como Nutricionista. El objetivo del estudio es relacionar la introducción de la alimentación complementaria con el estado nutricional del niño/a. Solicito su autorización y colaboración para que su hijo(a) y su persona participen voluntariamente en este estudio.

El estudio consiste en una evaluación antropométrica en el niño para evaluar su estado nutricional y la aplicación de un cuestionario a la madre el cual contiene 6 preguntas. Le tomará contestarlo aproximadamente 15 minutos. El proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con **María Belén Escobar Álvarez** al 0984802186 o con mi director(a) de investigación **Máster. Gabriela Suarez** al 0992768518.

AUTORIZACIÓN

Yo, _____ He leído el procedimiento descrito arriba. El (la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo(a) _____, y mi persona participemos en el estudio y la información solicitada por María Belén Escobar Álvarez sobre *“Relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de la madre sobre la Alimentación Complementaria y el estado nutricional del niño/a”*.

Firma de la madre

Fecha

Anexo 2: CUESTIONARIO

La presente encuesta tienen como objetivo el conocer los factores que determinaron la Implementación de la Alimentación Complementaria, para lo cual se le solicita de la manera más comedida responda a las preguntas con información real. Marque con una **X** su respuesta. De ante mano se le agradece por su colaboración.

DATOS PERSONALES DE LA MADRE Y RESPUESTAS VARIABLE CONOCIMIENTOS

| DATOS PERSONALES | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------------|--|
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN: | | | | | |
| Primaria | Secundaria | Superior | Ninguna | | |
| ESTADO CIVIL: | | | | | |
| Soltera | Casada | Viuda | Divorciada | Unión Libre | |
| RELIGIÓN: | | | | | |
| Cristiano | Católico | Evangélico | Otros | R..... | |
| 1. La alimentación complementaria (todo alimento diferente a la leche materna) consiste en: | | | | | |
| Leche materna y calditos | Leche materna y otros alimentos. | Leche materna y otro tipo de leches. | Comida familiar | Papillas y calditos. | |
| 2. La edad en la que el niño debe iniciar el consumo de alimentos diferentes a la leche materna es: | | | | | |
| Al mes | Dos meses | Cuatro meses | Seis meses | Al año | |
| 3. ¿A qué edad el niño debe comer todos los alimentos? | | | | | |
| Menos de seis meses | Seis meses | Al año | Al año y medio | Dos años | |
| 4. La forma como debe cumplir la madre para dar de comer a su niño es: | | | | | |
| Integrarlo a la familia, amor. | Obligarlo a que coma todo. | Que coma solo. | No sabe | | |
| 5. El lugar ideal donde se debe alimentar el niño es: | | | | | |
| En la cocina con muchos colores y juguetes, | | | | | |
| En la cama con juguetes y televisión prendida. | | | | | |
| En el cuarto, con música y juguetes. | | | | | |
| En el comedor sin juguetes, ni televisión prendida. | | | | | |
| En el comedor con los juegos y televisor prendido. | | | | | |
| 6. Los alimentos que protegen de las enfermedades al niño son: | | | | | |
| Almidones (cereales, tubérculos) | Carnes, Lácteos | Grasas. | Frutas, verduras | | |
| 7. Los alimentos que dan más fuerza y / o energía al niño son: | | | | | |
| Almidones (cereales, tubérculos) | Carnes, Lácteos | Grasas. | Frutas, verduras | | |
| 8. Los alimentos que ayudan a crecer más al niño son: | | | | | |
| Almidones (cereales, tubérculos) | Carnes, Lácteos | Grasas. | Frutas, verduras | | |
| 9. La preparación que nutre más al niño es: | | | | | |
| Sopas | Segundos y/o plato fuerte | Coladas | | | |
| 10. La cantidad de alimento que debe ingerir el niño al iniciar la alimentación complementaria esta dada por: | | | | | |
| Una taza. | Media taza | Cuarto de taza | Unas cucharadas | 1 a 2 Cditas. | |
| 11. La frecuencia que debe comer el niño al cumplir un año es: | | | | | |
| Según lo que pida. | Dos veces al día | Tres veces al día | Cuatro veces al día | Cinco veces al día | |
| 12. La consistencia de los alimentos de los niños menores de dos años debe ser: | | | | | |
| Bien Líquido. | Líquido | Espeso | Muy espeso | | |
| 13. Para evitar que el niño se enferme es importante que en la preparación de los alimentos se debe tener en cuenta la: | | | | | |
| Higiene de utensilios | Higiene de los alimentos. | Higiene del niño. | Todos | Ninguno. | |
| 14. Los beneficios físicos de una adecuada alimentación complementaria hacia el niño menor de dos años esta dada por: | | | | | |
| Mayor crecimiento | Menor peso | Baja estatura | Mayor peso | | |

VARIABLE PRÁCTICAS, ACTITUDES Y CREENCIAS

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|--|-------------------------|--|
| 15. ¿A qué edad comenzó a darle a su niño el primer alimento? | | | | | |
| < 6 meses | 6 meses | > 7 meses | | | |
| 16. El primer alimento que le dio a su niño fue: | | | | | |
| Lácteos | Frutas (purés, papillas) | Verduras (purés, papillas) | Cereales | | |
| Carnes/Huevos | Otros | R: | | | |
| 17. La cantidad que le dio a su niño fue: | | | | | |
| Una taza. | Media taza | Cuarto de taza | Unas cucharadas | 1 a 2 Cditas. | |
| 18. ¿A qué edad le dio de comer a su niño todos los alimentos? | | | | | |
| Menos de seis meses | Seis meses | Al año | Al año y medio | Dos años | |
| 19. Para la alimentación o dar de comer a su niño Ud. lo hace: | | | | | |
| Amor, paciencia, voz suave. | En la cama | Gritando porque se demora o no hace caso | | | |
| 20. El lugar donde se alimenta su niño es: | | | | | |
| En la cocina | En la cama | En el cuarto | En el comedor | Otro: | |
| 21. Para que su niño coma sus alimentos Ud utiliza: | | | | | |
| Juguetes | Música | Televisor prendido. | Conversando con su niño | Otros: | |
| ATENCIÓN. De la pregunta 23 a 27, son de Opción MÚLTIPLE (Puede marcar más de una opción) | | | | | |
| 22. Los alimentos que emplea en la preparación para el desayuno de su niño son: | | | | | |
| Lácteos | Cereales y/o Almidones | Huevo y/o Carnes | Verduras | Frutas | |
| Otros | R: | | | | |
| 23. Los alimentos que le da a su niño a media mañana son: | | | | | |
| Lácteos | Cereales y/o Almidones | Huevo y/o Carnes | Verduras | Frutas | |
| Otros | R: | | | | |
| 24. Los alimentos que le da a su niño en el almuerzo son: | | | | | |
| Lácteos | Cereales y/o Almidones | Huevo y/o Carnes | Verduras | Frutas | |
| Otros | R: | | | | |
| 25. Los alimentos que le da a media tarde a su niño son: | | | | | |
| Lácteos | Cereales y/o Almidones | Huevo y/o Carnes | Verduras | Frutas | |
| Otros | R: | | | | |
| 26. Los alimentos que utiliza en la preparación de la merienda del niño son: | | | | | |
| Lácteos | Cereales y/o Almidones | Huevo y/o Carnes | Verduras | Frutas | |
| Otros | R: | | | | |
| 27. Su niño tiene sus propios utensilios para alimentarse (plato, cuchara, taza): | | | | | |
| | | | Si | No | |
| 28. ¿Qué preparación prefiere Ud. dar a su niño? | | | | | |
| Caldos | Sopas | Segundos | Coladas | Otros: | |
| 29. ¿Con qué frecuencia da de comer a su niño? | | | | | |
| Según lo que pida. | Dos veces al día | Tres veces al día | d. Cuatro veces al día | Cinco veces al día | |
| 30. Por lo general la consistencia de sus alimentos para su niño es: | | | | | |
| Bien líquido. | Líquido | Espeso | Muy espeso | Otros: | |
| 31. ¿Qué razón impulsó la decisión de dar a su niño alimentos diferentes a la leche materna? | | | | | |
| Conocimiento de la madre sobre el tema | Recomendación Médica | Molestias y/o Problemas durante la lactancia | Recomendaciones de amigos y/o Familiares | Creencias sobre el tema | |
| 32. ¿Tiene Ud. alguna creencia sobre el efecto, beneficio y/o daño de algún alimento diferente a la leche materna que le haya dado a su niño? | | | | | |
| ¿Qué alimento? | | Razón y/o creencia | | | |

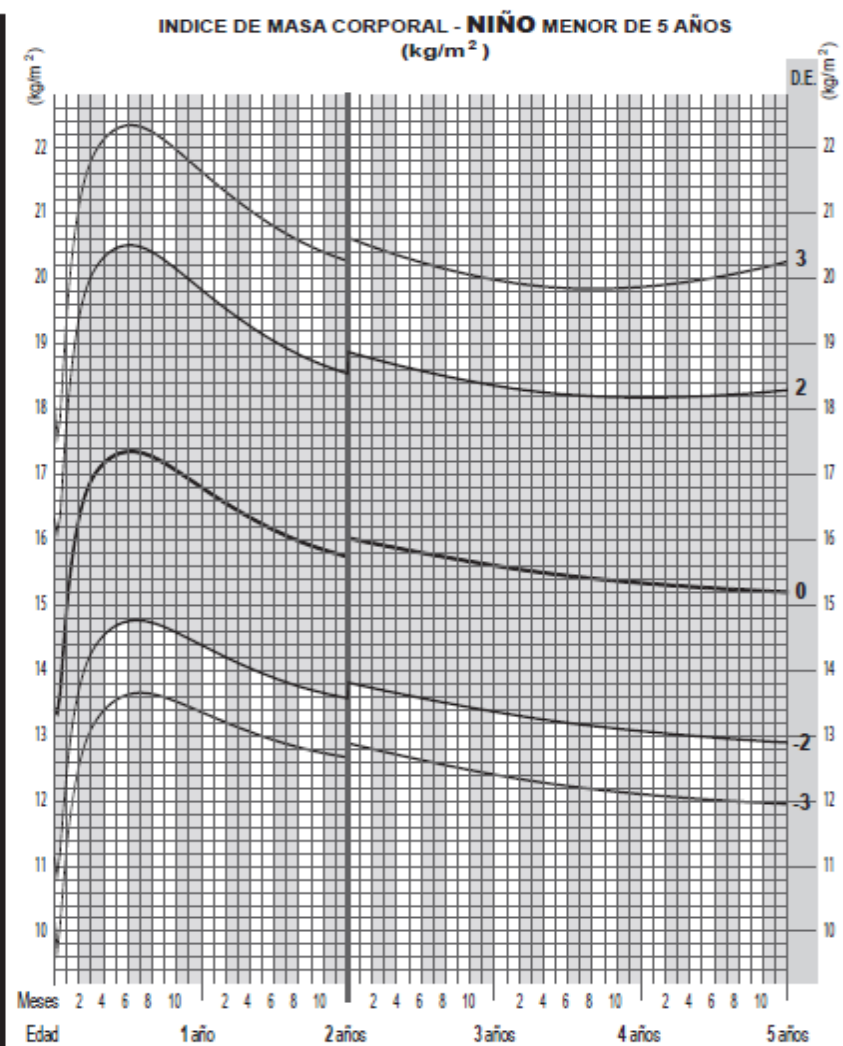
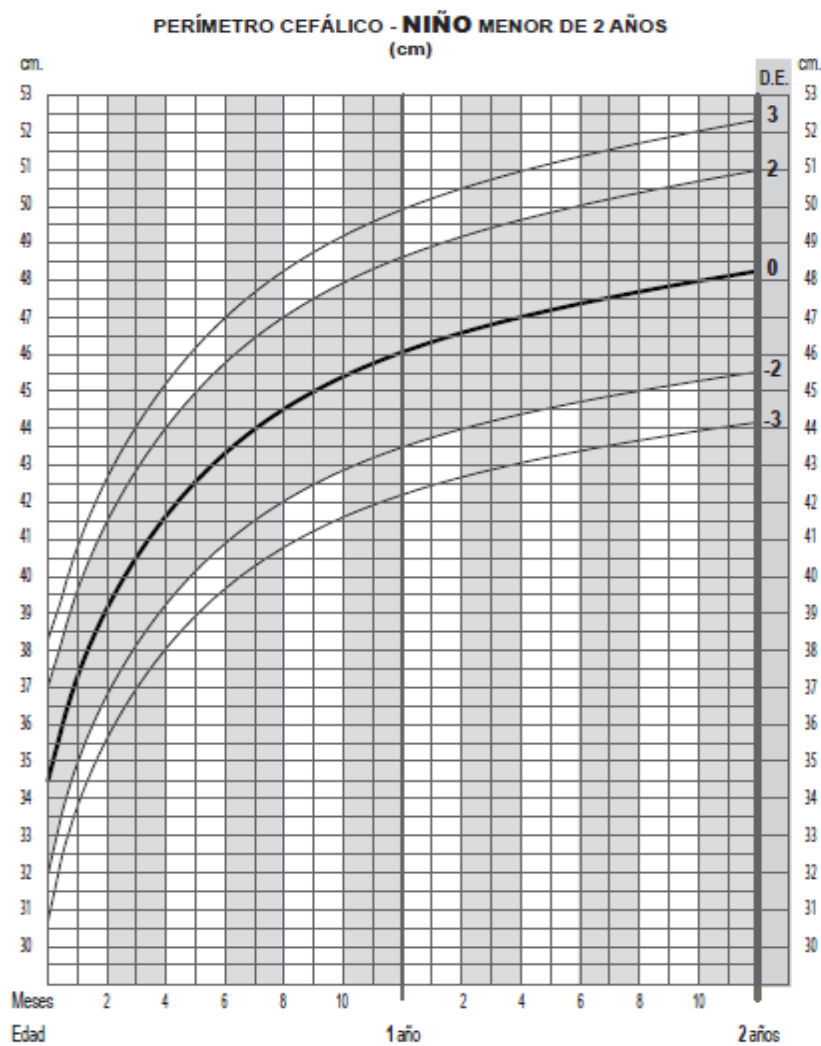
FUENTE: Cárdenas, L. (2010). **Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita 2009.** Tesis de pregrado publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima- Perú.

MODIFICADO POR: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE. 2013

Anexo 3: FICHA DE REGISTRO DE EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA EN NIÑOS/AS DE 1 A 2 AÑOS DE EDAD.

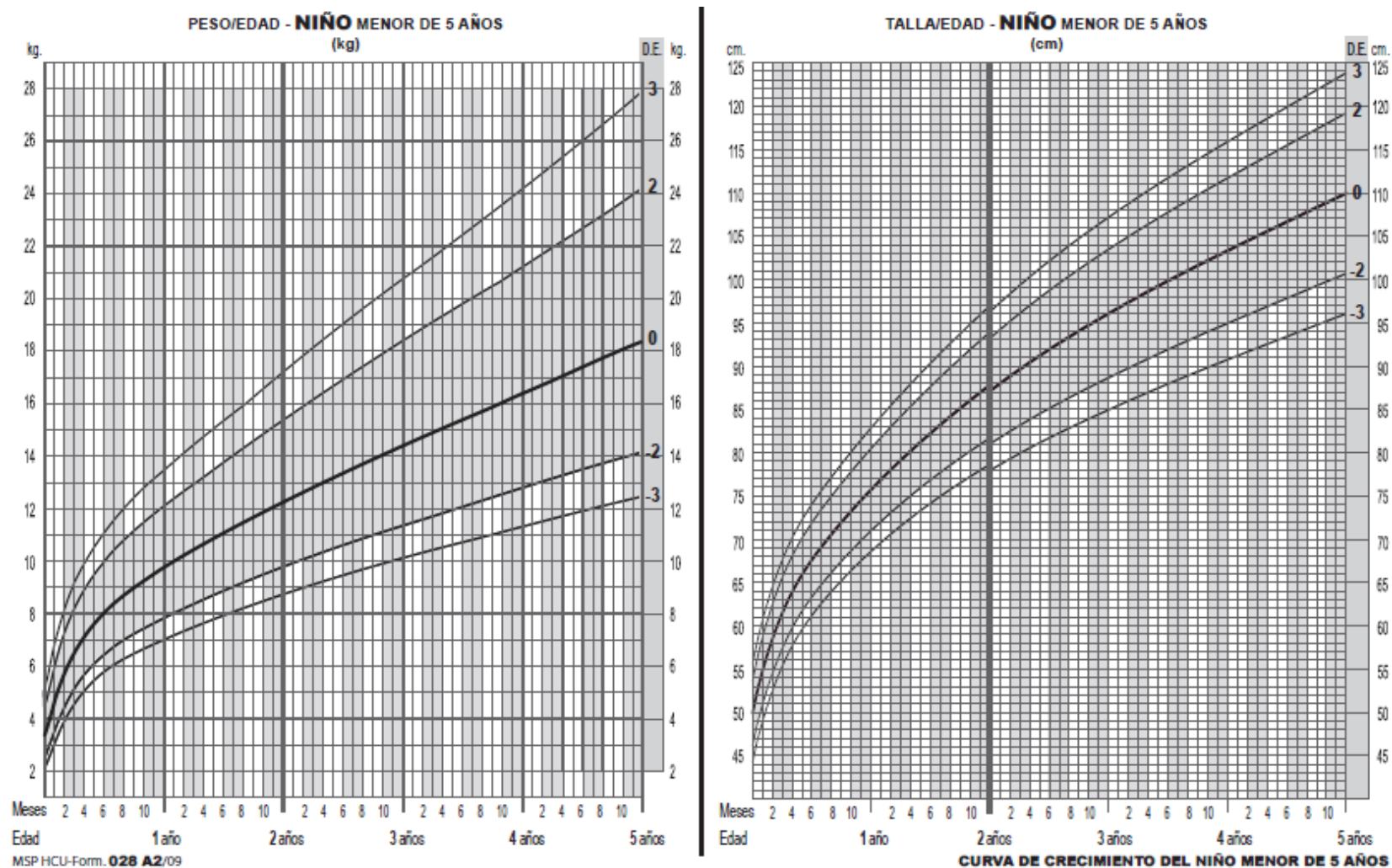
| | Niño 001 | Niño 002 | Niño 003 | Niño 004 |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Sexo | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | | |
| Edad | | | | |
| Peso actual | | | | |
| Talla | | | | |
| T/E | | | | |
| P/E | | | | |
| P/T | | | | |
| Diagnóstico | | | | |
| Lactancia exclusiva | | | | |
| Duración | | | | |

Anexo 4: IMC PARA LA EDAD (NIÑOS)



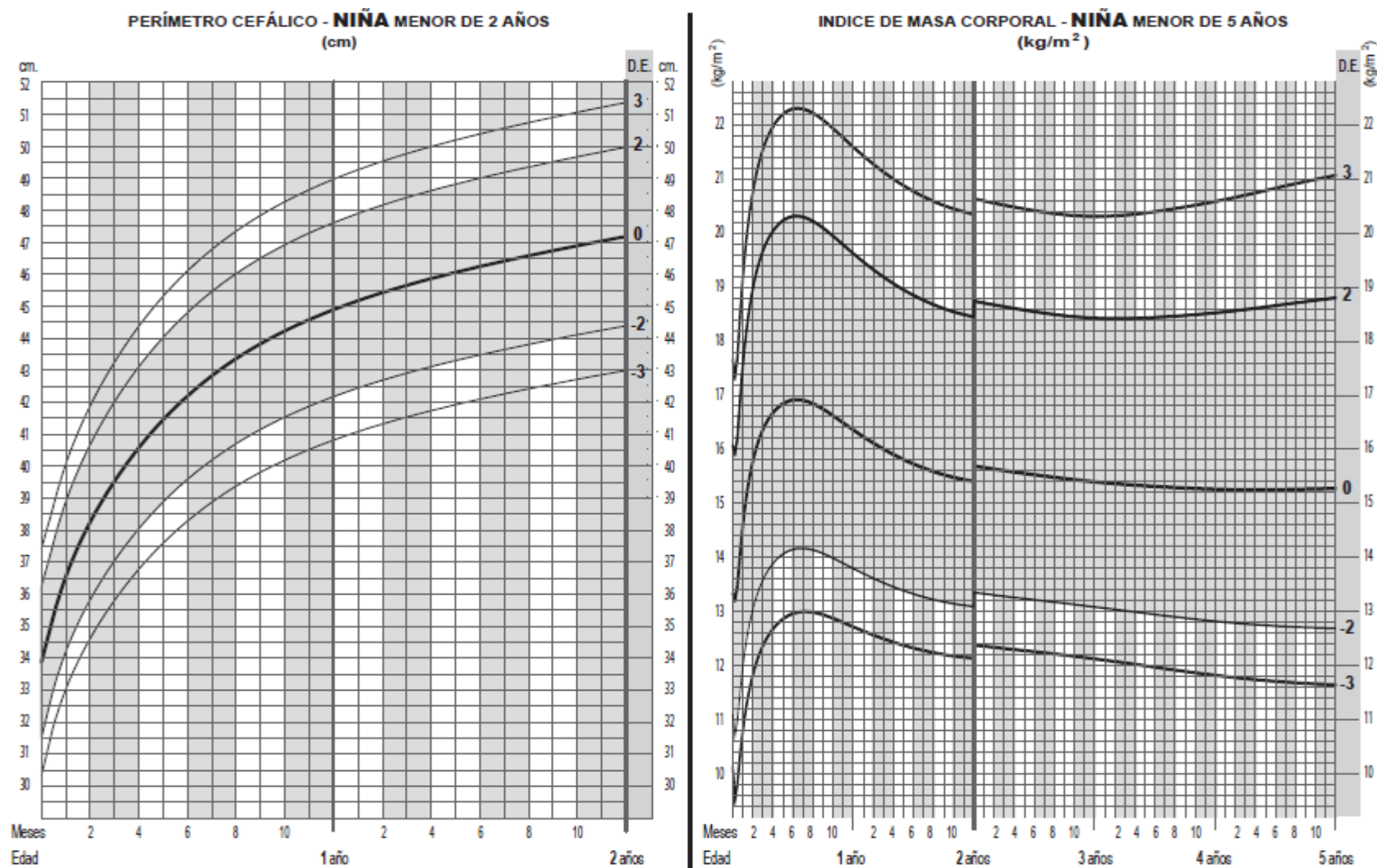
Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009.

Anexo 5: PESO Y LONGITUD PARA EDAD (NIÑOS)



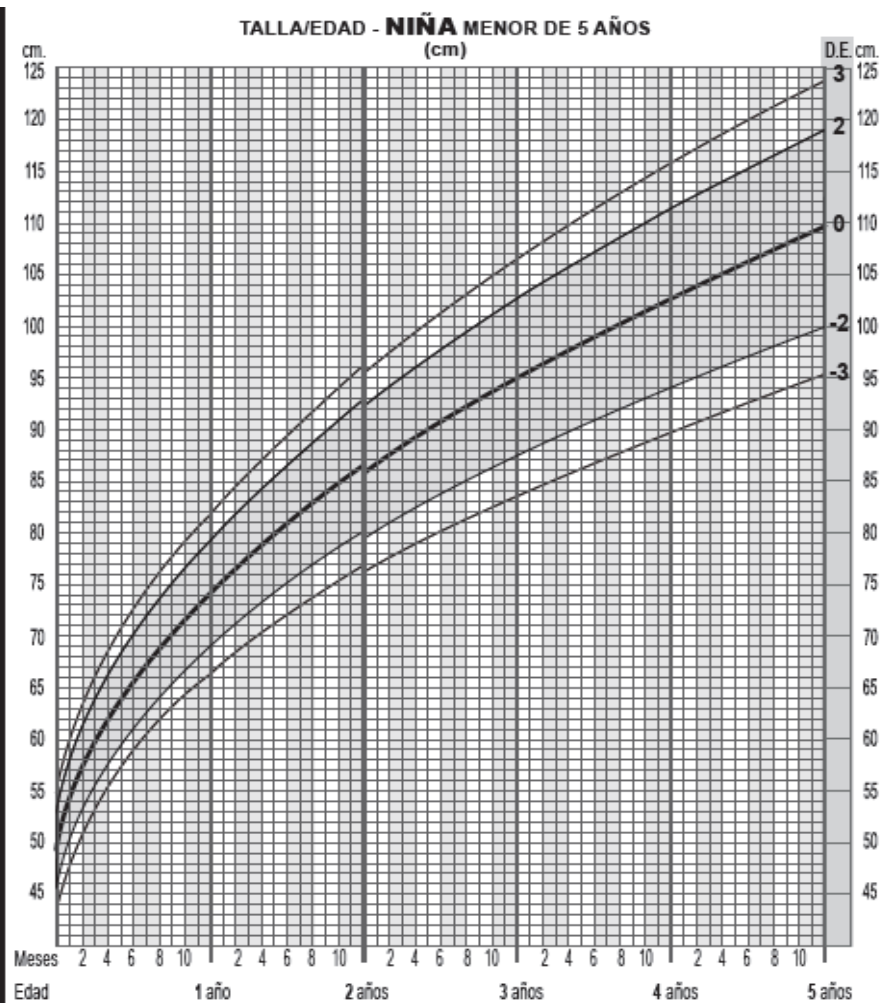
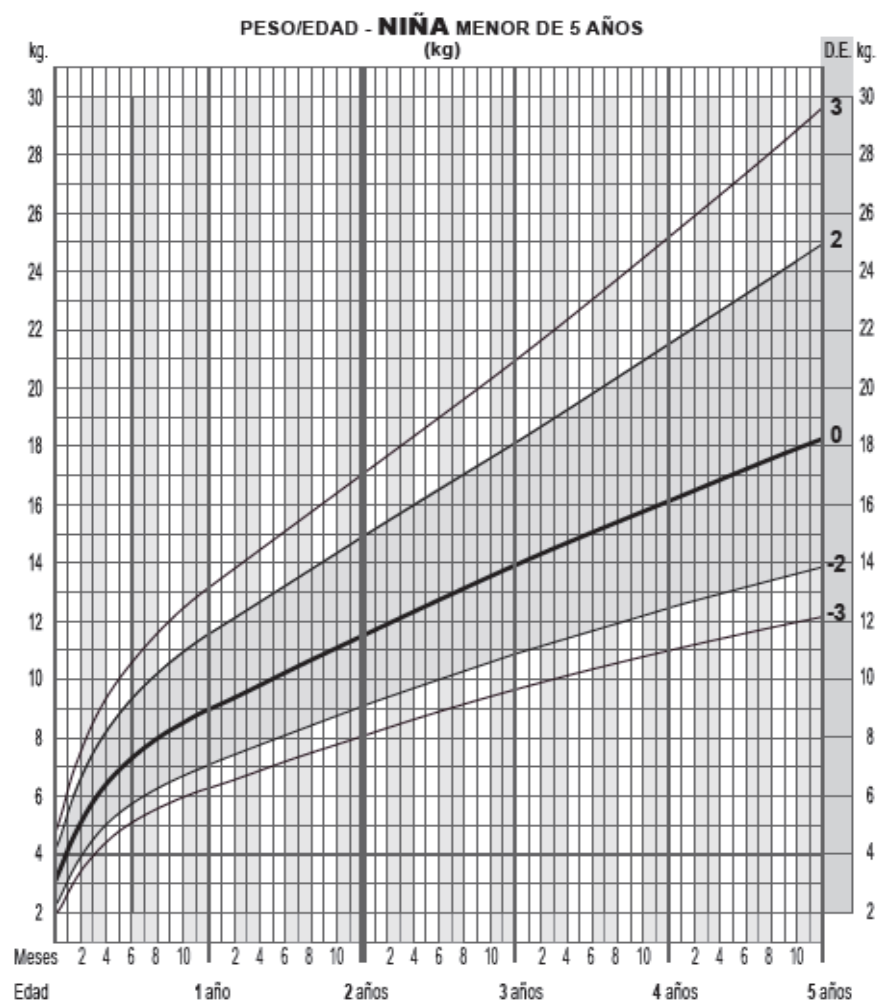
Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009.

Anexo 6: IMC PARA EDAD (NIÑAS)



Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009.

Anexo 7: PESO Y LONGITUD PARA EDAD (NIÑAS)



Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009.

Anexo 8: CODIFICACIÓN DE LAS PREGUNTAS

| CONOCIMIENTOS | | | |
|---|--|--------|---------|
| PREGUNTA | RESPUESTA | CODIGO | PUNTAJE |
| 1. La alimentación complementaria en el niño consiste en: | a. Leche materna y calditos | (1) | 0 |
| | b. Leche materna e introducción de otros alimentos. | (2) | 1 |
| | c. Leche materna y otro tipo de leches. | (3) | 0 |
| | d. Alimentarlo con la comida de la olla familiar | (4) | 0 |
| | e. Alimentarlo únicamente con papillas y calditos. | (5) | 0 |
| 2. La edad en la que el niño debe iniciar el consumo de alimentos diferentes a la leche materna es: | a. Al mes | (1) | 0 |
| | b. Dos meses | (2) | 0 |
| | c. Cuatro meses | (3) | 0 |
| | d. Seis meses | (4) | 1 |
| | e. Al año | (5) | 0 |
| 3. ¿A qué edad el niño debe comer todos los alimentos? | a. Menos de seis meses | (1) | 0 |
| | b. Seis meses | (2) | 0 |
| | c. Al año | (3) | 1 |
| | d. Al año y medio | (4) | 0 |
| | e. Dos años | (5) | 0 |
| 4. La forma como debe cumplir la madre para dar de comer a su niño es: | a. Integrarlo a la familia con amor, paciencia y mucha dedicación. | (1) | 1 |
| | b. Integrarlo a la familia, amor. | (2) | 0 |
| | c. Integrarlo a la familia con paciencia. | (3) | 0 |
| | d. Paciencia y tranquilidad. | (4) | 0 |
| | e. No sabe. | (5) | 0 |
| 5. El lugar ideal donde se debe alimentar el niño es: | a. En la cocina con muchos colores y juguetes, | (1) | 0 |
| | b. En la cama con juguetes y televisión prendida. | (2) | 0 |
| | c. En el cuarto, con música y juguetes. | (3) | 0 |
| | d. En el comedor, sin juguetes, ni televisión prendida | (4) | 1 |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
| | e. En el comedor con los juegos y televisor prendido. | (5) | 0 |
| 6. Los alimentos que protegen de las enfermedades al niño son: | a. Almidones (cereales, tubérculos) b. Carnes y leche c. Grasas. d. Frutas, verduras | (1) (2) (3) (4) | 0 0 0 1 |
| 7. Los alimentos que dan más fuerza y / o energía al niño son: | a. Almidones (cereales, tubérculos) b. Carnes y leche. c. Grasas. d. Frutas, verduras. | (1) (2) (3) (4) | 1 0 0 0 |
| 8. Los alimentos que ayudan a crecer más al niño son: | a. Almidones (cereales, tubérculos) b. Carnes y leche. c. Grasas. d. Frutas, verduras. | (1) (2) (3) (4) | 0 1 0 0 |
| 9. La preparación que nutre más al niño es: | a. Sopas b. Segundos y/o plato fuerte. c. Coladas. | (1) (2) (3) | 0 1 0 |
| 10. La cantidad de alimento que debe ingerir el niño al iniciar su alimentación complementaria es: | a. Una taza. b. Media taza c. Cuarto de taza d. Unas cucharadas e. Una a dos Cucharaditas. | (1) (2) (3) (4) (5) | 0 0 0 0 1 |
| 11. La frecuencia que debe comer el niño al cumplir un año es: | a. Según lo que pida. b. Dos veces al día c. Tres veces al día d. Cuatro veces al día e. Cinco veces al día | (1) (2) (3) (4) (5) | 0 0 0 0 1 |
| 12. La consistencia de los alimentos de los niños menores de dos años debe ser: | a. Bien líquido b. Líquido c. Espeso d. Muy espeso | (1) (2) (3) (4) | 0 0 1 0 |
| 13. Para evitar que el niño se enferme es importante que en la preparación de los alimentos se tome en cuenta la: | a. Higiene de utensilios b. Higiene de los alimentos c. Higiene del niño d. Todos e. Ninguno | (1) (2) (3) (4) (5) | 0 0 0 1 0 |
| 14. Los beneficios físicos de una adecuada alimentación complementaria hacia el niño menor | a. Mayor crecimiento b. Menor peso c. Baja estatura d. Mayor peso | (1) (2) (3) (4) | 1 0 0 0 |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
| de dos años está dada por: | | | |
| PRÁCTICAS | | | |
| 15. ¿A qué edad comenzó a darle a su niño el primer alimento? | a. < 6 meses b. 6 meses c. > 7 meses | (1) (2) (3) | 0 1 0 |
| 16. El primer alimento que le dio a su niño fue: | a. Lácteos b. Frutas (Papilla y/o purés) c. Verduras (Papilla y/o purés) d. Cereales (coladas) e. Carnes y/o huevos f. Otros alimentos | (1) (2) (3) (4) (5) (6) | 0 1 0 0 0 0 |
| 17. La cantidad que le dio a su niño fue: | a. Una taza. b. Media taza c. Cuarto de taza d. Unas cucharadas e. Una a dos cucharaditas. | (1) (2) (3) (4) (5) | 0 0 0 0 1 |
| 18. ¿A qué edad le dio a su niño la comida de la alimentación familiar y/o todos los alimentos? | a. Menos de seis meses b. Seis meses c. Al año d. Año y medio e. Dos años | (1) (2) (3) (4) (5) | 0 0 1 0 0 |
| 19. Para la alimentar a su niño Ud. lo hace: | a. Con amor, paciencia, voz suave b. Apurada porque trabajo c. Gritando porque se demora o no hace caso | (1) (2) (3) (4) (5) | 1 0 0 0 0 |
| 20. El lugar donde se alimenta su niño es: | a. En la cocina b. En la cama c. En el cuarto d. En el comedor e. Otro: | (1) (2) (3) (4) (5) | 0 0 0 1 0 |
| 21. Para que su niño coma sus alimentos Ud. utiliza: | a. Juguetes b. Música c. Televisor prendido d. Conversando con su niño. e. Otros: | (1) (2) (3) (4) (5) | 0 0 0 1 0 |
| 27. Su niño tiene sus propios utensilios para alimentarse (plato, cuchara, taza) | a. Si b. no | (1) (2) | 1 0 |
| 28. ¿Qué preparación prefiere Ud. dar a su niño? | a. Calditos b. Sopas c. Segundos y/o plato fuerte d. Coladas | (1) (2) (3) (4) | 0 0 1 0 |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
| | d. Otros: | | 0 |
| 29. ¿Con que frecuencia da de comer a su niño? | a. Según lo que pida. b. Dos veces al día c. Tres veces al día d. Cuatro veces al día e. Cinco veces al día | (1) (2) (3) (4) (5) | 0 0 0 0 1 |
| 30. Por lo general la consistencia de sus alimentos para su niño es: | a. Bien liquido b. Liquido c. Espeso d. Muy espeso e. Otros: | (1) (2) (3) (4) (5) | 0 0 1 0 0 |

FUENTE: Cárdenas, L. (2010). *Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita 2009*. Tesis de pregrado publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima- Perú.

MODIFICADO POR: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE. 2013

Anexo 9: MEDICIÓN DE LAS VARIABLES CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS

Se utilizó la Escala de Statones, en la curva de Gauss, a fin de obtener los intervalos para las categorías.

$$m = X \pm 0.75 s$$

Donde:

m= valor deseado

X= Promedio

s= Desviación estándar

Para el cálculo de la variable conocimiento, se realizó los siguientes pasos:

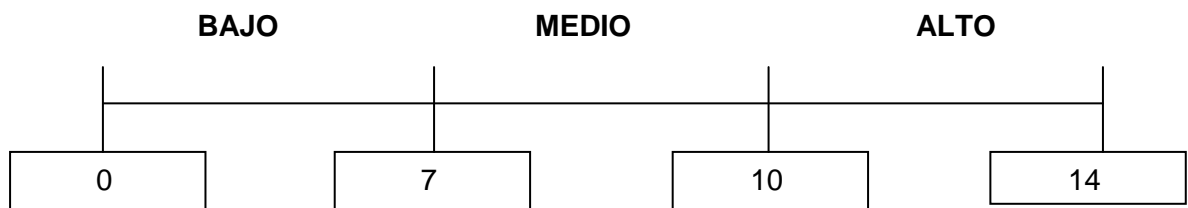
1. Se calculó el promedio **X**= 8.60
2. Se calculó la desviación estándar **s**= 2.185

$$a = 8.60 - 0.75 (2.185)$$

$$b = 8.60 + 0.75 (2.185)$$

$$a = 6.963$$

$$b = 10.238$$



INTERVALO CATEGORÍAS

0 – 7 Conocimiento bajo

8 – 10 Conocimiento medio

11 – 14 Conocimiento alto

Para el cálculo de la variable Prácticas, se realizó los siguientes pasos:

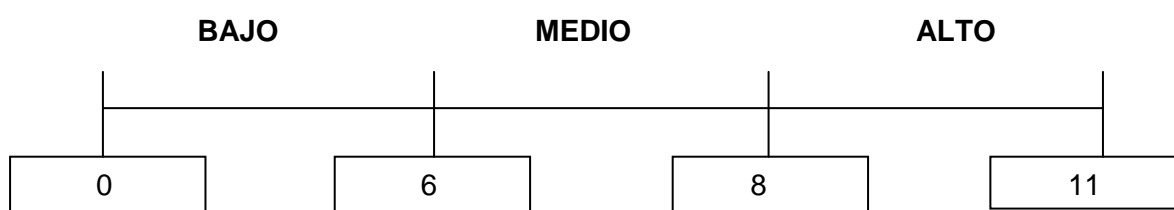
1. Se calculó el promedio $\bar{X} = 7,005$
2. Se calculó la desviación estándar $s = 1,61$

$$a = 7,005 - 0.75 (1,61)$$

$$b = 7,005 + 0.75 (1,61)$$

$$a = 5.797$$

$$b = 8,212$$



INTERVALO CATEGORÍAS

0 – 6 Prácticas poco favorables

7 – 8 Prácticas medianamente favorables

9 – 11 Prácticas favorables

ANEXO 10: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | DEFINICIÓN DE DIMENSIÓN | INDICADORES |
|---|--|-------------------------------------|---|--|
| Conocimientos, actitudes y prácticas de la madre en la introducción de la alimentación complementaria. | Son los factores de comportamiento que motivan a las personas a tener determinados hábitos. Conocimiento: Es aquella información o saber que una persona posee. Actitud: es una predisposición a actuar. Prácticas: son una serie de comportamientos relacionados. | Nivel de conocimientos de | Es el valor alcanzado de la información que poseen las madres sobre alimentación complementaria, medido a través de un cuestionario cuyos resultados serán cuantificados en: bajo, medio, alto | Distribución porcentual según el nivel de conocimiento de las madres. |
| | | Nivel de prácticas | Son las actividades desarrolladas, aprendidas y aplicadas en el proceso de la transición alimentaria, cuyo valor alcanzado será medido a través de un cuestionario y sus resultados serán cuantificados como: poco favorables, medianamente favorables, favorables. | Distribución porcentual según el nivel de Prácticas de las madres. |
| | | Creencias | Es el firme asentamiento y conformidad con algo. | % de madres con creencias sobre la alimentación complementaria. |
| Alimentación complementaria | La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la alimentación complementaria como “el acto de recibir alimentos sólidos o líquidos (excepto medicamentos en gotas y jarabes) diferentes a la leche, durante el tiempo que el lactante está recibiendo leche materna o fórmula infantil”. | Alimentación complementaria precoz. | Introducción de alimentos diferentes a la leche materna y/o fórmulas infantiles antes del cuarto mes o de la semana 17 de vida posnatal. | % de niños que recibieron la alimentación complementaria antes del cuarto mes de edad. |
| | | Alimentación complementaria tardía. | Introducción de alimentos posterior al sexto o séptimo mes de edad. | % de niños que recibieron la alimentación complementaria posterior al sexto o séptimo mes de edad. |

| | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|---|
| | | Alimentación complementaria oportuna | Significa que al bebe se le dan otros alimentos además de la leche materna, cuando es apropiado, después de los seis meses. | % de niños que recibieron la alimentación complementaria después del sexto mes de edad. |
| Características de la alimentación complementaria. | | Grupo de alimentos. | Son sustancias naturales o transformadas que contienen uno o más elementos nutritivos. Los seres humanos los ingieren para saciar el hambre o por otros motivos y cumplen una función nutrimental en el organismo. Pueden ser de origen animal o vegetal, líquidos o sólidos. | No aplica |
| | | Frecuencia de toma de alimentos. | Periodicidad con la que se da comidas al niño. | Número de comidas del niño al día |
| Estado nutricional del niño y niña. | El estado del niño en relación a su peso, talla y edad. | Desnutrición Aguda | Corresponde a un bajo peso para el niño en función del peso esperado para su talla y sexo, sin tener en cuenta la edad. | % de niños y niñas con desnutrición aguda. |
| | | Desnutrición Global | Relaciona peso, edad y sexo, comparado con el patrón de referencia. | % de niños y niñas con desnutrición global. |
| | | Desnutrición Crónica | Es el retraso del crecimiento esperado para una edad dada y reflejado en el peso y talla del menor. | % de niños y niñas con desnutrición crónica. |
| | | Normalidad | Estado nutricional adecuado, en cuanto a peso y talla según la edad de la persona. | % de niños y niñas normales. |
| | | Sobrepeso/ Obesidad | Estado nutricional, resultado de un acumulo de grasa. | % de niños y niñas con sobrepeso y/o obesidad. |

TABLAS

Tabla 5: EDAD DE INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS

| TABLA V. Edad de introducción de alimentos. | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| Nutrientes/meses | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Cereales | Sin gluten | | | | | | | | | | | | |
| | Con gluten | | | | | | | | | | | | |
| Fruta (clase) | Zumo | | | | | | | | | | | | |
| | Pieza | | | | | | | | | | | | |
| Verduras | Espinacas, col, remolacha | | | | | | | | | | | | |
| | Resto | | | | | | | | | | | | |
| Carne | Pollo | | | | | | | | | | | | |
| | Cordero | | | | | | | | | | | | |
| | Ternera | | | | | | | | | | | | |
| Huevo | Yema (cocida) | | | | | | | | | | | | |
| | Clara (cocida) | | | | | | | | | | | | |
| Legumbres | | | | | | | | | | | | | |
| Pescado | | | | | | | | | | | | | |
| Leche de vaca | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Alimentación del lactante sano. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP.

Autor: Aurora Lázaro Almarza, Benjamín Martín Martínez (n/f).

Tabla 6: CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN LA EDAD.

| Edad | Alimentos recomendados | Cantidad y frecuencia |
|---|---|---|
| 6 meses | Verduras cocidas, papas, se pueden agregar cereales (fideo, arroz), 1 cda. De carne molida, raspada o rallada (pollo, pavo), + 1 cda. de aceite vegetal crudo. Lograr consistencia de papilla. | $\frac{3}{4}$ a 1 taza de 200 cc. Diariamente como almuerzo. |
| | Fruta cruda molida, raspada o rallada. | $\frac{1}{2}$ a 1 fruta mediana diariamente como postre. |
| 8-9 meses Iniciar la comida de la tarde. | Además de lo anterior, incorporar fréjol, lentejas, garbanzos o arvejas tamizados (pasados por cedazo). Comenzar con 1-2 cda. de puré de leguminosas y llegar hasta $\frac{3}{4}$ taza. | 1 o 2 veces por semana en reemplazo del puré de verduras con carne. |
| | Fruta | 1 unidad diaria. |
| 10-12 meses | Se incorpora a la alimentación familiar, almuerzo y cena, sin frituras y sin sal (molido) | Diariamente. |
| | *Huevo. | 1 unidad agregado al puré de verduras o cocido con ellas. |
| | *Pescado 1 cda. en una taza de puré de verduras. | 1 o 2 veces por semana, en reemplazo de carne o leguminosas. |

Fuente: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Guía de Alimentación del menor de 2 años. (INTA, n/f).

Modificador por: Belén Escobar. PUCE. 2013

Tabla 7: PUNTAJE Z PARA EL DIAGNÓSTICO ANTROPOMÉTRICO

| | Indicadores | | |
|------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Puntuaciones Z | Longitud/Talla para la edad | Peso para la edad | IMC para la edad |
| Por encima de 3 | Alta. Ver nota 1 | Ver nota 2 | Obeso |
| Por encima de 2 | Ligeramente alta | | Sobrepeso |
| Por encima de 1 | | | Riesgo de sobrepeso (Nota 3) |
| 0 (Mediana) | | | |
| Por debajo de -1 | | | |
| Por debajo de -2 | Baja talla (Nota 4) | Bajo peso | Desnutrición |
| Por debajo de -3 | Baja talla severa (Nota 4) | Bajo peso severo (Nota 5) | Desnutrición severa |

Fuente: Curso de capacitación sobre la Evaluación del crecimiento del niño. Interpretando los indicadores del crecimiento (OMS 2009) & Mariela Contreras. Norma Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica del niño menor de 5 años (Lima, 2005).

Modificado por: Belén Escobar. Nutrición Humana. PUCE. 2013

1. Un niño en este rango es muy alto. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos como un tumor productor de hormona del crecimiento. Si usted sospecha un desorden endocrino, refiera al niño en este rango para una evaluación médica (por ejemplo, si padres con una estatura normal tienen un niño excesivamente alto para su edad).

2. Un niño cuyo peso para la edad cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con peso para la longitud/talla o IMC para la edad.

3. Un punto marcado por encima de 1 muestra un posible riesgo. Una tendencia hacia la línea de puntuación z 2 muestra un riesgo definitivo.

4. Es posible que un niño con retardo baja talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso.

5. Esta condición es mencionada como peso muy bajo en los módulos de capacitación de AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Capacitación en servicio, OMS, Ginebra 1997).

